

LA SANTE EN QUESTION DANS LA VILLE

17 Novembre 2005, Théâtre Jean-Vilar
BOURGOIN-JALLIEU

Assemblée Générale du
Conseil Local de Santé Mentale



SOMMAIRE

	Page
Ouverture Mr Alain COTTALORDA, Vice-président du conseil général de l'Isère et Maire de Bourgoin-Jallieu.	2
« <i>Le Conseil Local de Bourgoin-Jallieu, Bilan et Perspectives</i> », Mme Michèle CORBIN, adjointe au Maire, chargée de l'écologie urbaine et de la santé ; Mme Camille MELLE, psychologue, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale ; Mme Danielle HUILLIER de l'OPAC 38.	4
« <i>De la gestion de la folie, à la gestion de l'intime : vers de nouvelles stigmatisations ?</i> », par le Dr Roger FERRERI, psychiatre, Hôpital Sud Francilien, Evry.	24
« <i>Des maux à la parole, quand sage-femme et psychologue se rencontrent</i> », Mme Thérèse MOSNIER, psychologue, Dr Frédérique JUTTET, pédopsychiatre, Dr Antoine BUQUET, pédopsychiatre (Equipe de psychologie-périnatale, Bourgoin-Jallieu) et Mme Sheila DARAMSY, sage-femme (Maternité Centre Hospitalier Pierre Oudot).	49
« <i>La prise en charge des patients psychiatriques aux urgences</i> », Dr Philippe CROVA et Mr GILLES BIGALLET, cadre infirmier, Centre Hospitalier Pierre Oudot.	68
« <i>Une expérience de prévention en santé mentale à Lyon : Interface 9^e</i> », Dr Nicole ARRIO, psychiatre et Mr Jean-Baptiste POMMIER, sociologue, Interface 9 ^e .	83

OUVERTURE

Mr Alain COTTALORDA

Vice-président du Conseil Général de l'Isère
Maire de Bourgoin-Jallieu

Bonjour à toutes et à tous. Vous avez souhaité que le premier magistrat de la commune dise un mot d'accueil et peut-être manifeste aussi par sa présence, l'importance que nous attachons à ce Conseil de Santé Mentale et à toutes les actions, toutes les réflexions qui s'engagent à partir et autour de cette instance. Je crois que le premier constat que l'on peut faire c'est qu'il n'est pas très fréquent de voir sur ces sujets, sur ces questions, une collectivité locale s'engager de façon aussi forte, aussi volontaire que la ville de Bourgoin-Jallieu.

Habituellement ce sont des démarches qui sont plutôt engagées par des professionnels, certes bien souvent avec les collectivités territoriales mais il est sûrement moins fréquent de voir une collectivité vraiment à l'origine. Cela s'inscrit dans l'ensemble de notre démarche en matière de santé publique et de ce fait, il n'est pas étonnant que nous nous retrouvions aujourd'hui partie prenante dans le réseau Villes Santé en relation avec les préconisations, les orientations, affichées par l'OMS. Dans ce cadre là, le mal-être des gens dans la ville, dans les quartiers, nous a – comme beaucoup d'autres – suffisamment sensibilisés à ces questions pour que nous ressentions la nécessité, à côté des professionnels – sans vouloir prendre leur place parce que nous n'avons pas cette compétence là – d'afficher, de façon très claire, notre souci d'être au cœur de ces réflexions et des démarches à engager.

Deuxième élément : je crois que l'on peut mettre en avant dans notre engagement sur ces démarches le fait du partenariat traditionnel que nous avons avec les établissements de santé sur notre commune et voir même au-delà, au sein du bassin de santé, sur l'ensemble du Nord Isère et à plus forte raison aujourd'hui dans la mesure où est engagé - même si on ne voit encore rien sur le terrain - un projet considérable, que vous connaissez tous, que l'on appelle le Médipôle et qui va profondément bouleverser l'organisation de la santé, les relations entre les établissements, les professionnels et les établissements sur la commune et sur l'ensemble du Nord Isère. Cette opération d'ailleurs est une des plus importantes, une des plus

complexes du plan Hôpital 2007 au niveau national y compris par sa taille et par les sommes en jeu. Je crois qu'elle doit être parmi les cinq plus grosses opérations nationales de ce plan Hôpital 2007. La réflexion qui a été menée avec l'ensemble des professionnels, les établissements, l'agence régionale d'hospitalisation, a pointé du doigt cette question des outils, des moyens des établissements concernant ces questions de la difficulté d'un certain nombre de nos concitoyens à se trouver bien dans la société.

Ce projet du Médipôle a une partie significative qui va concerner les urgences en matière psychiatrique et une meilleure organisation de notre secteur pour tout ce qui concerne la pédopsychiatrie. On est un peu loin de ce travail de prévention, d'accompagnement, d'écoute des habitants mais je crois que ce dont on souffre ou dont on souffrait aussi sur notre secteur c'est d'une organisation très imparfaite, très insuffisante, des moyens en la matière, même si le centre de Saint-Laurent du Pont est présent sur la commune au niveau de la pédopsychiatrie, même s'il y a un hôpital de jour dans le cadre des moyens mis en œuvre par le centre de psychothérapie du Vion. Dans ce cadre et dans ce contexte là, ça n'a fait que renforcer l'intérêt que nous pouvons trouver à être, au niveau de la collectivité, un acteur tout à fait volontaire et à votre écoute sur ces questions de santé mentale, de prévention, de dialogue, de débat et d'organisation.

Voilà, je pense que cette rencontre s'inscrit dans l'ensemble des démarches qui sont les nôtres et je peux simplement dire qu'au niveau de la ville de Bourgoin-Jallieu, nous comptons sur l'ensemble des professionnels que vous êtes pour nous aider à apporter des réponses plus pertinentes sur l'ensemble de ces sujets. Bonne journée à vous tous

LE CONSEIL LOCAL DE BOURGOIN-JALLIEU

BILAN ET PERSPECTIVES

Mme Michèle CORBIN

Adjointe au Maire, chargée de l'écologie urbaine et de la santé

Merci de votre présence. Le sujet de cette rencontre « la santé dans la ville » nous interpelle tous : élus, professionnels, associations et bénévoles. Je vous remercie de venir débattre avec nous. Nos échanges seront, j'en fais le pari, très riches et nous aideront à progresser chacun à notre place, chacun dans nos institutions, chacun dans les actions où nous sommes engagés, pour aller plus avant dans nos démarches et finaliser nos actions en direction de la population. En préambule je vous rappelle que nous sommes dans le réseau français des Villes Santé de l'OMS, que nous avons signé la charte d'Ottawa il y a presque dix ans et que nous appréhendons la santé au sens large. Nous nous basons sur ce qu'on peut appeler les « 3P » : participation, partenariat et prévention. C'est le fondement de notre politique : nous sommes dans une ville où les relations entre les personnes, entre les institutions sont très riches ; nous travaillons depuis longtemps ensemble, c'est une chance et je vous remercie tous pour votre participation.

Je vais vous présenter sommairement le programme de la journée. Ce matin, nous allons aborder plus précisément ce que l'on a appelé « le mal-être » et bien sûr le Conseil Local de santé mentale puisque cette réunion tient lieu aussi de deuxième assemblée générale de cette instance. Ensuite, je vous ferai rapidement l'historique de ce projet : pourquoi a-t-on créé ce dispositif à BJ.

Camille Mellé, coordinatrice du CLSM, évoquera où nous en sommes aujourd'hui, elle fera un bilan, et évoquera les perspectives communes. Mme Huillier, responsable de l'OPAC de l'Isère., vous exposera le point de vue d'un partenaire et je la remercie. Après un moment d'échange avec la salle nous passerons la parole au Dr Roger Ferreri, psychiatre à l'hôpital francilien à Evry. Il nous parlera de la gestion de la folie à la gestion de l'intime. Nous reprendrons nos travaux cet après-midi, pour évoquer des actions locales beaucoup plus précises, après-midi animé par le Dr Gékière que je remercie également. Je vous souhaite une excellente journée de travail qui, je

l'espère, nous fera progresser et nous aidera dans nos réflexions et nos actions communes.

Je vais vous présenter rapidement l'origine du CLSM. De nombreux partenaires sont d'ailleurs dans la salle. Je vous rappelle le contexte du projet : nous avons sur la ville une habitude de travail en réseau et nous étions prêts à réfléchir ensemble autour du PRAPS. En l'an 2000 nous avons organisé une concertation avec différents partenaires : la DDASS, la DDISS, la CLI, la Mission Locale, le Centre Hospitalier, la Mutualité de l'Isère et le CCAS. D'autres organismes et associations nous ont rejoints et nous avons mis en place un groupe de techniciens interpartenarial qui a travaillé pour dégager les besoins prioritaires

Ces besoins prioritaires repérés ont été classés à deux niveaux : les besoins pour les professionnels et les bénévoles, et les besoins pour les usagers. Pour les professionnels et les bénévoles des associations, le besoin exprimé était : « comment accompagner une personne et engager une démarche pour qu'elle soit actrice de sa santé ? ». Tous nous disaient qu'ils rencontraient un nombre grandissant de situations de « mal-être » où ils étaient eux-mêmes en souffrance : avec des difficultés de repérage, d'accompagnement, d'orientation.

Les besoins pour les usagers étaient de repérer et de comprendre les dispositifs qui pouvaient les aider (par exemple : accès à la CMU très complexe pour des publics précarisés). C'étaient aussi les problèmes de santé au quotidien (maladies, soins dentaires qui ne pouvaient pas être pris en compte) et un besoin d'écoute. Le repérage de ces besoins des usagers se basaient sur deux enquêtes locales : une sur l'accès à la CMU par l'UDMI et l'autre sur la santé des jeunes dans un foyer de jeunes travailleurs fait par la CLI : Des actions se sont mises en place sur ces problématiques avec le CRAES, la Mutualité de l'Isère et l'URCAM. D'autres actions en ont découlé mises en place par les partenaires qui en avaient les compétences.

Après ce diagnostic, après ces groupes de travail, un comité de pilotage spécifiquement sur le mal-être s'est formé. Nous nous sommes dit que si la demande exprimée est souvent une prise en charge psychiatrique, il convenait d'approfondir les choses et de savoir ce qu'on mettait derrière « mal-être » les uns et les autres. Selon la place où l'on est, les mêmes analyses diffèrent : qu'est-ce qui

relève du social, qu'est-ce qui relève de l'environnemental et qu'est-ce qui relève du médical et du psy ?

Ni les institutions ni le service santé n'ayant les moyens en personnel de mener une étude plus approfondie la ville a décidé de confier à l'ORSPERE une étude action. Nous leur avons demandé de nous aider à mieux définir ce qui est identifié en terme de mal-être par les partenaires, mobiliser les acteurs et les structures sur un travail en réseau, analyser les problématiques de terrain, repérer les orientations et les prises en charge réelles sur notre secteur, les ressources existantes. Il était également demandé de travailler sur les domaines et les limites de chacun et de nous aider à promouvoir une politique locale de santé mentale.

L'ORSPERE, sous la direction du Dr Furtos, a missionné trois personnes sur le secteur pendant un an et demi : un sociologue, un psychologue, et un psychiatre. L'étude s'est passée en quatre phases et ce travail a été très pertinent. Le rapport final est au service santé ; si éventuellement il vous intéresse il peut être communiqué. Avec l'ORSPERE, nous nous sommes dits : pourquoi ne pas créer un conseil local de santé mentale ? Pour cela il y a des textes réglementaires mais très souples et c'est pour cette raison qu'on s'est saisi de ce dispositif.

Les CLSM ont des formes très différentes selon les lieux où ils fonctionnent et comme le soulignait Monsieur le maire, il y a peu de conseils locaux où la ville est « maître d'œuvre ». L'objectif était de créer une instance réglementaire et communautaire ayant autorité pour élaborer et concrétiser les projets ou dispositifs contribuant à une meilleure prise en charge des problématiques de santé mentale à l'échelle d'un territoire. Ce qui était pertinent c'est qu'au départ il n'y a pas de financement spécifique, pas de structure particulière et un cadre adaptable aux conjonctures locales.

Notre conseil local a donc été créé, le 27 mars 2003, à l'issu de trois années de réflexion commune. Le président en est Monsieur le Maire de Bourgoin-Jallieu, la composition est l'ensemble des acteurs intéressés et partie prenante du travail engagé en santé mentale et son fonctionnement a trois niveaux : une assemblée générale, c'est ce qu'on a fait aujourd'hui, où on présente et où on discute du travail engagé ou à engager ; il y a un comité de pilotage avec des représentants mandatés par leurs institutions : pour prioriser les

actions qui ont émergé de l'assemblée générale, pour valider les propositions des groupes de travail et pour évaluer ses actions bien sûr ; et un comité technique pour faire les communications, les suivis, les convocations les montages de dossiers etc.

Dès la création de Conseil Local de Santé Mentale nous avons constitué deux groupes de travail auxquels sont conviés les acteurs de terrain concernés : un groupe ressource communautaire et un dispositif interface.

Le groupe ressource communautaire : les objectifs à l'origine étaient de faire se rencontrer les acteurs, professionnels et bénévoles, pour échanger sur leurs rôles, leurs fonctionnements respectifs, dérouler leurs manières de travailler ensemble, leurs manques, leurs incohérences, faire émerger les besoins et les rapporter au comité de pilotage. Il travaille sur des expertises collectives de situations concrètes d'indétermination professionnelle et d'intolérance face à la souffrance psychique permettant de trouver éventuellement des solutions marginales le groupe ressource communautaire est un groupe très ouvert, je pense que Camille va le préciser. C'est un groupe qui doit être engagé dans la durée et où évidemment des règles d'éthique et de fonctionnement sont à travailler ensemble et ça a dû être fait, Camille vous le dira.

Le deuxième dispositif est un dispositif interface pour l'aide à l'accès aux soins et un soutien aux acteurs. Dans les situations les plus difficiles ou tout le monde s'épuise il s'agit de permettre de prendre du recul d'accompagner et d'organiser des concertations entre les dispositifs

Pour coordonner tout ce travail la ville a recruté une psychologue, Camille Mellé. Je crois que je ne vais pas vous en dire plus, Camille va se présenter vous exposer ses missions et nous ferons ensemble l'évaluation.

Mme Camille MELLE

Psychologue, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale

Je vais commencer par vous présenter les deux groupes. Le premier groupe, le groupe Ressources Communautaires a pour objectif, comme l'a dit Mme Corbin, de permettre aux acteurs des champs sanitaires et sociaux de mieux se connaître pour construire ensemble de nouvelles manières de travailler. Concrètement, il s'agit d'échanger sur les dispositifs, sur les structures, sur les champs de compétence, et surtout sur les limites d'intervention de chacun. Ce sont des rencontres pluridisciplinaires qui se font en moyenne tous les deux mois et qui existent depuis deux ans au cours desquelles on présente des institutions, des dispositifs institutionnels ou – on l'a fait surtout au début – des situations difficiles et anciennes.

Pour ce qui est du bilan, il y a une trentaine d'institutions qui participent plus ou moins régulièrement à ce groupe notamment des associations caritatives, la psychiatrie, le centre hospitalier, les services municipaux, des professionnels en libéral, la santé scolaire, la justice, la police, les collectivités territoriales, et j'en oublie certainement...

Les thèmes abordés ces deux dernières années : il y a surtout eu des présentations de situations, au début, autour de la question de la demande et, plus précisément, de l'absence de demande, du refus de soin ou de l'injonction de soin pour des populations souvent adultes mais parfois mineures. On a aussi évoqué pas mal de situations de SDF ou de personnes toxicomanes.

Pour ce qui est des dispositifs, on s'est beaucoup attardés sur les modes d'hospitalisation sous contrainte et le fonctionnement de la tutelle et de la curatelle. Ensuite, il y a eu beaucoup de présentations d'institutions : la PJJ, l'UEMO, SITONI, CONTACT, le service d'addictologie de l'hôpital, l'APHAJ, le réseau RHEPI, le CMPE, le Foyer 44, le service jeunesse de la mairie, j'en oublie peut-être encore... Voilà pour ce qui est du premier groupe.

Le dispositif Interface, quant à lui, a pour objectif d'organiser des concertations autour de situations difficiles. Il s'agit de réunir les partenaires, d'assurer une bonne communication au sein du réseau, de favoriser une réflexion commune autour de ces situations et d'essayer de trouver de nouvelles solutions à mettre en œuvre, voir d'alléger les dispositifs de prise en charge dans certains cas. Là,

concrètement, il s'agit de rencontres pluridisciplinaires aussi mais à la demande. C'est un dispositif qui ne doit être sollicité que lorsque aucun autre ne peut gérer la situation et uniquement si elle concerne plusieurs partenaires du réseau et enfin ce sont des rencontres qui sont co-organisées et co-animées avec le demandeur. Depuis le début, il y a eu douze concertations mais il y en a eu dix en 2004 et deux en 2005 seulement.

Ceci m'amène aux perspectives : cette année, différents partenaires du Conseil Local ont exprimé de nouveau – puisque c'est ce qui a déjà été fait avec l'étude de l'ORSPERE – un sentiment d'impuissance face à des situations qui dépassent leur cadre de compétences, notamment l'intervention auprès de personnes opposées à toute aide. Le conseil local organise donc depuis quelques mois une réflexion sur les dispositifs qui permettent d'aller vers ce type de public. Dans un premier temps, il y a eu une étude qui a été faite par une stagiaire en Master de Psychologie auprès de certains d'entre vous, professionnels et bénévoles potentiellement concernés par ce type de dispositifs.

Cette étude a mis en évidence que le réseau actuel fonctionne déjà de manière satisfaisante mais qu'il reste toujours des situations pour lesquelles les dispositifs existants ne suffisent pas. Si un nouveau dispositif était créé, ses objectifs seraient d'aller vers les personnes isolées pour rompre leur isolement, recréer du lien avec les institutions, les accompagner vers le soin mais sans contrainte : vaste programme... Un tel dispositif s'accompagnerait en outre, d'une réflexion sur les questions éthiques qu'il ne manquerait pas de soulever : ne pas faire violence, respecter la liberté des personnes, ne pas créer un dispositif de surveillance...

Voilà pour l'idée mais la mise en place du dispositif n'apparaît pas forcément très évidente tellement les attentes sont disparates, notamment en termes de lieux d'intervention, de modes de sollicitations, et du type de professionnels qui pourraient intervenir dans un tel dispositif.

Il y a eu un événement très récent : la semaine dernière la DDASS, lors d'une réunion, nous a proposé d'inscrire cette réflexion dans le cadre des possibilités de financement du Plan de Santé Mentale. Cela faciliterait peut-être les choses mais – en même temps – ça les restreindrait peut-être, ce qui simplifierait toutes les questions qu'on se pose sur où, quand et comment. Dans un premier temps, le

CCAS, le Centre Psychothérapique du VION et le Conseil Local devraient poursuivre ce travail de réflexion ensemble.

Maintenant, au-delà de ces questions d'organisation, la souffrance des professionnels qui a déjà été évoquée – comme je le disais – lors du diagnostic de l'ORSPERE, réapparaît ici comme l'élément central à l'origine de cette réflexion sur ces dispositifs « d'aller vers ».

De manière plus générale, le réseau donne l'impression de ne pas être réellement satisfait de ce qui se fait dans le Conseil Local de Santé Mentale, depuis quelques mois peut-être, sans pour autant exprimer clairement ses besoins tout au moins de manière réaliste. Alors la question que je me pose actuellement c'est : « Est-ce qu'on n'attend pas du Conseil Local qu'il trouve une solution magique qui résoudrait toutes ces questions d'usagers pour lesquels on ne sait décidément pas quoi faire ? ».

Je pense que tout le monde sera d'accord avec moi pour dire qu'une solution magique ça n'existe pas mais je voudrais aussi ajouter que le Conseil Local est avant tout un facilitateur, que son action consiste principalement à offrir un cadre permettant de penser ensemble, à savoir : du temps, des lieux, une animatrice, et parfois un petit peu de sous, pas beaucoup. Nous n'avons ni la volonté ni le mandat de penser à la place des professionnels qui composent le réseau. Il est le reflet de ce que ses participants veulent bien y mettre ; il ne peut donc continuer à vivre sans l'implication de chacun d'entre vous.

C'est pourquoi, après ces deux années de fonctionnement, nous aimerions évaluer le fonctionnement actuel du Conseil Local de Santé Mentale. J'aimerais que vous soyez impliqués dans la manière dont on va le faire et voir déjà si vous êtes d'accord pour continuer, si vous souhaitez que le Conseil Local de Santé Mentale continue son action et si oui, sous quelle forme. Il serait bon aussi que l'on prenne peut-être quelques mois, les mois qui vont venir, pour déterminer comment on va fonctionner, évaluer ce qui a déjà été fait et voir ce qu'on pourra faire par la suite. Je vous remercie.

Mme Danielle HULLIER
OPAC 38

Bonjour à tous. J'ai la lourde charge d'essayer d'exprimer le point de vue d'un bailleur social dans ce dispositif. Pour nous, OPAC 38, et – je pense – pour l'ensemble des collègues bailleurs sociaux du terrain, le Conseil Local c'était une réponse à une nécessité.

Nous sommes partie d'un constat assez simpliste, somme toute, c'est que la société n'est pas faite avec d'un côté la psychiatrie et les fous et de l'autre côté les gens normaux. Elle est plutôt constituée de gens qui vont plus ou moins mal avec autour d'eux des voisins, des parents, des amis, des élus, des travailleurs sociaux, des médecins, qui vont eux aussi plus ou moins bien. La santé mentale nous concerne tous car elle pose la question du vivre ensemble et du bien être collectif. Et la santé mentale nous apparaît, à nous bailleurs sociaux, souvent sous l'angle de problèmes à résoudre : des problèmes de plaintes, de voisinage, des problèmes d'isolement et des problèmes d'errance. Nous sommes dans notre quotidien confrontés à des problèmes de tensions entre voisins, de différentes formes de mal-être plus ou moins aigu, des problèmes de violence, des problèmes de tentatives de suicide, des phénomènes qui sont récurrents et que nous devons prendre en compte.

Face à cela, se pose la question du « que faire ? », et de la légitimité de l'organisme face à une obligation qui est la nôtre, celle d'assurer une jouissance paisible de leurs logements aux locataires et pour laquelle nous pouvons être juridiquement mis en cause s'il s'avérait que nous n'avons pas tout mis en œuvre pour faire cesser les troubles.

Je voudrais juste donner un petit exemple pour illustrer mon propos : Cela se passe à Grenoble, on a donc un peu de distance. Monsieur – on va l'appeler Monsieur X – insulte ses voisins depuis de nombreux mois. Il les menace et fait du tapage, et malgré les différents rappels au règlement intérieur et rencontres, rien ne change au grand damne des locataires qui pensent que l'organisme ne fait rien. Un soir, Monsieur X prend sa carabine et tire en direction de l'école maternelle toute proche – vide à cette heure – heureusement. Que se serait-il passé si la crise était survenue à l'heure de la récréation ?

Cette situation, tous les organismes l'ont vécue peu ou prou, avec ce sentiment d'être bien seul devant des situations qui sont ingérables

par nos structures. Il en résulte une série de questions : Comment gérer ces situations particulières et dans l'urgence ? Quels sont les dispositifs existants ? Quels sont les acteurs de la santé mentale qui pourraient nous aider sur le territoire et comment les solliciter ? Bref, bailleurs sociaux et acteurs de la santé mentale, quelle coopération peut-on mettre en place ?

Devant ces questionnements deux évidences : le nécessaire besoin d'ouverture sur notre environnement pour nous, bailleurs sociaux, afin d'y repérer les ressources locales d'entraide et de soin, et le nécessaire besoin de travail en interne sur la déstigmatisation des représentations attachées à la santé mentale.

Pour ce faire, dans le cadre d'un projet plus vaste et plus global qui s'appelle « Lutte contre la Pauvreté », interne à l'OPAC 38, nous avons créé un groupe de travail qui s'intitule : « Pour une meilleure approche des personnes en souffrance psychique ». Ce travail a pour but d'aider nos personnels travaillant sur le terrain en les « formant », en les aidant à aborder ce sujet dans les différentes instances où ils peuvent être amenés à en débattre, à les aider à être en capacité d'effectuer le travail de repérage de situations délicates en identifiant des indices et en orientant éventuellement les personnes vers des soignants. Bref, d'être à l'écoute et de favoriser la demande d'aide par les personnes ou par leurs familles.

Ce groupe de travail doit produire un document de vulgarisation à l'usage des personnels de terrain accompagnés d'un « guide de ressources en santé mentale » par territoire qui réprecise pour chacun de nos secteurs la liste des structures ressources. J'en profite pour remercier Camille Mellé qui nous a accompagnée dans ce travail.

Je voudrais bien préciser les choses : les bailleurs sociaux ne souhaitent pas devenir des thérapeutes mais confrontés à des situations de souffrance psychique, un besoin de formation dans le domaine de la santé mentale et un rapprochement avec les professionnels en qualité de personnes ressources nous paraissent indispensables.

Certes, la logique entre le bailleur et l'équipe de soins est différente. Des échanges avec les opérateurs de terrain permettent de se comprendre et je pense que le bien être de la personne ainsi que la tranquillité sont des objectifs communs. Se pose alors le problème du partage de l'information. De plus en plus, nous sommes appelés à

travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires ; nous avons besoin d'une reconnaissance entre professionnels qui s'engagent sur une confidentialité. Travailler ensemble sans confusions de rôles et de places, et apprendre à se faire confiance. Ce que nous demandons, bailleurs sociaux, c'est la prise en compte de nos signalements en tant que professionnels.

Le Conseil Local avait déjà pointé cela puisque sa mise en place repose sur la volonté d'un partage de compétences, de mise en relation des différents professionnels confrontés à ces problématiques et de travail en réseau. Dans ce réseau, les organismes HLM peuvent avoir un rôle de détection et de veille pour mieux repérer et orienter – si possible – vers une prise en charge plus précoce. Il me semble que des relations aisées à l'intérieur du réseau de professionnels devraient permettre une réactivité plus grande et d'apporter des éléments de réponse aux situations complexes.

De même, la réflexion doit se poursuivre sur la sortie de l'hospitalisation qui doit être accompagnée et, dans certains cas, le logement prévu. Des solutions de logement adapté doivent aussi être développées pour répondre aux besoins.

Aujourd'hui, si nous faisons le bilan, le groupe Ressources Communautaires a permis une présentation de l'ensemble des structures mais nous sommes toujours dans le « qui fait quoi ? » en cas d'urgence. Le repérage théorique des autres professionnels est acquis mais il manque un lieu concret de travail en réseau et de partage autour de situations de crise.

Je voudrais illustrer mon propos par une petite histoire comme malheureusement nous en vivons très souvent. C'est une dame, Mme B. qui a 67 ans, qui vit seule, recluse dans un appartement envahi d'objets et de débris de toutes sortes dont elle refuse de se séparer. Le voisinage s'alarme de la dégradation progressive de son état physique et psychique et ne supporte plus les odeurs nauséabondes qui se dégagent de l'appartement. Elle refuse qu'on l'aide, nous claque la porte au nez et s'enferme dans un logis où elle n'occupe plus que quelques mètres carrés.

Devant une telle situation, que faire ? Qui contacter pour trouver une solution ? Demander une hospitalisation sous contrainte ? Mettre en route une procédure d'expulsion pour troubles de voisinage qui demandera des années et qui ne réglera pas le problème de cette

dame ? Ce que nous souhaiterions, c'est pouvoir en débattre avec les professionnels de santé afin qu'ils puissent prendre le relais et peut-être trouver une solution moins traumatisante d'accompagnement de la personne.

Pour terminer, ce que nous attendons – au-delà d'un lieu d'échanges et de partage – c'est de savoir à qui passer le relais quand il le faut. Le Conseil Local de Santé Mentale nous a bien aidé dans son travail de décryptage des ressources locales, il nous faut aujourd'hui inventer pour continuer.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Madame Marie-Madeleine BOUGNOUX

Responsable du pôle « Éducation, Qualité de vie, Citoyenneté »

Par rapport à votre témoignage, Mme Huillier, je me posais la question, quand vous dites : « vers qui s'adresser pour régler les situations difficiles ? », je voulais savoir s'il y a derrière à la fois l'interrogation sur qui va voir, qui va accompagner, qui va proposer et puis quoi proposer ? Je me disais qu'il y a la réflexion sur l'équipe mobile que vous avez présentée, Camille, et je me pose la question : est-ce que vous avez aussi des interrogations sur les suites de l'offre, c'est-à-dire ce qu'on fait de la personne ? Est-ce qu'on lui propose une maison relais, est-ce qu'on lui propose un hébergement ? Enfin, est-ce que c'est aussi votre interrogation ou pas ?

Madame Danielle HULLIER

Mon questionnement englobe tous ces paramètres. C'est vrai que, nous, nous ne sommes pas dans le réseau des professionnels de la santé, donc on a toujours la difficulté de savoir – en cas d'urgence – à qui s'adresser. Il y a des choses qui existent : on peut interpeller à travers le CLH quelqu'un qui va pouvoir éventuellement prendre le relais mais on a souvent l'impression de tourner en rond, de ne pas savoir vers qui s'adresser pour avoir la réponse la plus rapide même si j'ai bien conscience que très souvent ce sont des situations délicates qui impliquent des traitements de fond et qu'il n'y a pas de

solution miracle, comme disait Camille tout à l'heure ; et l'équipe mobile, moi, j'en attends beaucoup mais aujourd'hui elle n'est pas encore en place donc alors, effectivement, ça peut être une réponse.

Madame Dominique MAS

Adjointe à la jeunesse, Mairie de Bourgoin-Jallieu.

J'ai cru comprendre dans vos interventions que vous sentiez, après avoir décrit tout ce que pouvait apporter la création de ce Conseil Local de Santé Mentale, certaines limites. Mes questions sont les suivantes : est-ce que, dans les limites que vous sentez, vous avez l'impression que les pistes d'avancée seraient des moyens financiers et que ce serait sur ça que l'on butte : un manque de financement pour du personnel entre autres ? Ou si plutôt il y aurait de nouvelles idées à mettre en place et est-ce que vous en avez ?

Madame Camille MELLE

Je pense qu'il faudrait de nouvelles idées dans un premier temps. Ensuite il faudrait de l'argent pour les financer, sans doute, mais pour l'instant on n'en est pas là. Par exemple, pour ce qui est de ce projet d'équipe mobile, il y aurait probablement des financements par le biais du Plan de Santé Mentale, donc la question c'est bien plus de savoir ce qu'on veut comme équipe mobile : pour faire quoi, pour aller où, sur quel territoire ? L'urgence : oui, mais on ne pourra pas faire du 24h/24, 7 jours sur 7 sur Bourgoin-Jallieu alors qu'est-ce qu'on fera ? Ce sont donc des questions très concrètes qui se posent et qu'il faudra arriver à résoudre au sein du réseau. Ce n'est pas moi, de ma place d'animatrice qui vais répondre à ces questions.

Et je parle du dispositif « d'aller vers » mais c'est valable pour tous les dispositifs. Ainsi, on a actuellement un ralentissement des concertations demandées dans le dispositif Interface. C'est donc l'étude de situations qui pose problème alors dans l'urgence, effectivement, il se trouve que ce dispositif ne peut pas répondre à une urgence en termes de – par exemple – « aller vers » les gens ou de trouver une solution immédiate. Il y a donc un certain désengagement des partenaires envers ce dispositif. Cela veut sans doute dire que ça ne correspond pas au besoin.

Est-ce que les besoins sont réalistes ? Est-ce qu'on peut y répondre ? Est-ce qu'il y a d'autres besoins qui pourraient être soulevés, qui seraient plus réalistes et auxquels le Conseil Local pourrait répondre ? Je suis demandeuse de ça. J'aimerais que les différents partenaires présents ici me disent ce qu'ils voudraient concrètement pour qu'on revienne – peut-être – vers les objectifs de départ du Conseil Local qui étaient de construire *ensemble* les manières de travailler *ensemble*. J'insiste sur « ensemble ». Et on serait vraiment dans l'action tant demandée : le groupe Ressources Communautaires est un groupe qui pour l'instant a permis de se présenter mais on n'est pas encore dans la réalisation concrète de manières de travailler ensemble face à un problème concret.

Madame Fabienne BAUDRU

Présidente UNAFAM 38.

En tant que famille, nous sommes très attachés à avoir une équipe mobile qui aide les familles à hospitaliser leurs proches, ou à les convaincre de se soigner. Par rapport à toutes ces situations auxquelles vous avez fait allusion où les gens ne veulent pas bouger ou sont enfermés chez eux, moi je verrai une équipe mobile plutôt avec des psychologues ou des gens formés en psychiatrie. Le problème c'est que les psychiatres sont rares. Il faudrait aussi des psychologues qui aident les familles à trouver des argumentations pour hospitaliser. Ça, c'est un des souhaits des familles. Sinon, nous sommes aussi très attachés à trouver des logements et j'ai bien entendu la parole de Mme Huillier : le problème de logement pour les personnes qui sont en situation de handicap psychique est très difficile. Je ne sais pas si l'OPAC sur Bourgoin est prêt à aider à trouver des solutions, nous en tout cas on a des idées sur la question.

Madame Danielle HULLIER

Je pense que nous sommes prêts à travailler là-dessus. Il est vrai qu'il n'y a pas de réponse immédiate mais je pense qu'il faudra, cela s'impose à nous, réfléchir sur cette problématique. Il y a des choses, ailleurs, qui se sont trouvées, d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation, mais aussi de formes d'habitat spécifiques. C'est l'un de nos futurs chantiers.

Madame Fabienne BAUDRU

On aimerait bien avoir un lieu d'accueil pour les familles parce que pour le moment, on est accueillis par l'action sociale de la ville mais les horaires sont un petit peu trop dans la journée alors on est aussi demandeur d'un local pour accueillir les gens qui sont dans l'angoisse et dans les soucis.

Madame Michèle CORBIN

Je vous réponds très rapidement sur une question pratique : le lieu. Effectivement, le service santé vous héberge actuellement. Nous devrions déménager dans des locaux plus vastes que nous souhaitons mettre à la disposition justement des associations pour des réunions comme vous faites, pour des contacts. Vous pourriez donc avoir une salle. Je pense que la situation évoluera assez rapidement.

Madame Sylvie ROSSETTO

DDASS de l'Isère.

Je voulais apporter quelques petites précisions sur ce qu'on entend par équipe mobile ; ce n'est pas tout à fait ce que l'UNAFAM a présenté. Dans le projet Plan Santé Mentale, il s'agit d'équipes qui vont uniquement sur des populations précaires. On est donc légèrement décalés par rapport aux autres équipes mobiles. Il s'agit de situations de précarité, d'exclusion mais aussi de venir soutenir les acteurs de première ligne, cette équipe en place ne venant absolument pas se substituer au secteur de psychiatrie, aux professionnels en place.

Vous avez un exemple de ce type de structure sur Grenoble avec le Pôle Précarité fonctionnant avec deux infirmiers qui sont la plupart du temps à vélo et il y a aussi un psychiatre de soutien. Ils font donc l'interface avec toutes les structures en place sur Grenoble et vont faire des permanences, pour à la fois être repérés par ces populations mais aussi soutenir les équipes en place face à des situations critiques. Ces équipes mobiles ont également une vocation de formation auprès des différents professionnels. Mais véritablement les équipes mobiles s'occupent des populations précaires avant tout.

Madame Patricia LOREMONT

Infirmière au service santé de la ville de Grenoble.

J'ai l'habitude de travailler avec le Pôle Psychiatrie Précarité. J'ai entendu l'exemple donné par Mme Huillier, le petit cas concret. Ce sont des situations très concrètes qu'on trouve aussi sur Grenoble, rassurez-vous.

La question de l'équipe mobile et du Pôle Psychiatrie Précarité, ça ne va pas solutionner ce genre de situations puisqu'à partir du moment où les gens ont un logement, ils ne rentrent plus dans le cadre de la précarité. C'était juste pour préciser cela en matière d'équipe mobile : elle ne va pas solutionner ce genre de problèmes. Ceci dit, sur Grenoble, nous sommes sur un mode expérimental. On travaille avec une psychologue, on a cinq mois de recul sur cette expérience et on travaille de la manière suivante : c'est tenter d'aller à la rencontre. Aujourd'hui, on a à peu près 11 situations où on a tenté « d'aller vers ».

Il faut savoir que ce n'est pas forcément non plus très satisfaisant puisqu'on a seulement réussi – sur les 11 situations – à entrer en contact avec deux personnes. Il y a donc la possibilité d'aller vers mais il n'y a pas forcément de résultat derrière alors je crois qu'il faut être très modeste dans les solutions qu'on recherche et simplement avoir un lien.

Ce qu'on a remarqué aussi c'est que quand même, même si on n'arrivait pas à rencontrer les personnes, le fait de rencontrer l'entourage, le voisinage ou la famille avait au moins un effet très apaisant et ça leur permettait aussi une prise de conscience des troubles de la personne ou de l'information sur les questions de santé mentale. Ça permettait à l'entourage ou à la famille de se positionner différemment par rapport à ça, d'appréhender les choses différemment et de mettre en place des actions adaptées.

Nous, la difficulté qu'on a c'est d'aller à la rencontre des personnes qui ne veulent pas, qui refusent l'aide, qui refusent toute proposition même si on va vers eux. Et à un moment donné on est quand même confronté aux choses légales : on ne peut pas rentrer chez les gens comme ça sans leur accord, on ne peut pas faire des choses pour eux sans leur accord. Voilà les limites qu'on constate aujourd'hui.

Madame Camille MELLE

Les situations de ces personnes qui sont opposées à toute prise en charge c'est – je dirais – au moins la moitié des situations qu'on me rapporte et pour lesquelles, pour l'instant, on ne peut effectivement rien faire à part parler ensemble, partager notre sentiment d'impuissance, ce qui parfois n'est déjà pas mal ; mais c'est vrai que ça ne suffit pas et cela n'aide pas les gens et ça n'aide pas les professionnels. On a bien conscience qu'une équipe mobile ne pourrait pas aider dans ces situations, surtout celles qui seraient portées par ce financement du Plan de Santé Mentale ; ça ne permettrait pas d'aller vers les gens qui sont chez eux.

Madame Malyse THORAL

Représentante du Secours Catholique.

Malheureusement je ne suis pas professionnelle mais nous avons des exemples aussi, notamment une personne qui occupe nos escaliers depuis bientôt deux ans. Nous avons fait appel au service d'hygiène et de santé et au CCAS mais il n'y a pas moyen de le déloger et on n'a pas les moyens justement. On nous retourne le fait qu'il n'est pas agressif, qu'il n'est pas alcoolique, qu'il ne fait pas de bruit, qu'il est simplement là sur nos escaliers et que c'est sa maison ; carrément il le dit : « c'est ma maison ».

Il y a beaucoup de bénévoles, je ne veux pas dire qu'ils en ont peur, mais presque parce que vu son état de présentation : il sent mauvais et... enfin, je vous passe les détails... Et puis surtout, nous faisons de l'accompagnement scolaire pour les enfants qui parfois en ont peur. C'est donc une gêne vraiment très sérieuse et on ne sait plus à qui s'adresser parce que toutes nos tentatives échouent. On repart à chaque fois avec un peu de courage, on essaye de repositionner la question mais malheureusement, pour le moment, il n'y a pas de solutions alors on fait confiance à l'équipe mobile qui peut-être justement serait assez convaincante à son égard. Il ne veut entendre personne alors nous sommes très partants pour cette équipe mobile.

Madame Fabienne BAUDRU

Je voulais réintervenir par rapport à la dame de la DDASS. Je voulais lui dire qu'il y a une enveloppe pour les exclus mais le Plan de Santé Mentale ce n'est pas un plan d'Equipe Mobile pour les exclus, c'est une enveloppe pour la santé mentale globale. Je sais qu'il y a des enveloppes très séparées à la DDASS : il y a une enveloppe pour la drogue, une enveloppe pour ci, pour ça mais le Plan de Santé Mentale c'est quand même un plan global et je pense qu'on n'est pas forcément dans une enveloppe réservée aux exclus. De toute façon, un monsieur qui est dans les escaliers, on peut considérer que c'est un exclu et, dans la santé mentale, il y a beaucoup de personnes qui sont isolées et un peu exclues de la société alors je me demandais si cette enveloppe était bien de ce style là.

Madame Marie-Madeleine BOUGNOUX

Je me pose une question par rapport aux gens qui sont en refus de soins : est-ce que c'est aussi parce que ce qu'on leur propose n'est pas calibré ? Je connais peu ces questions mais entre l'hospitalisation et un suivi extérieur par quelqu'un en médecine de ville, est-ce qu'en fait on ne manque pas tout simplement de propositions intermédiaires que les gens seraient susceptibles d'accepter ?

Madame Florence PONTIER

Adjointe Insertion au Conseil Général de l'Isère.

J'avais envie de reprendre deux choses : d'abord, le désengagement des partenaires. On n'attend pas de miracle, quoique de temps en temps... Il y a désengagement pour une raison très simple c'est que quand on vient, effectivement, on vient souvent pour parler d'urgence et de ce fait on aimerait bien avoir des solutions mais on n'en a pas. Et peut-être que le fait de se dire qu'on est impuissant ça ne suffit pas non plus. Alors est-ce qu'on pourrait travailler sur cette notion de désengagement des partenaires ? Peut-être que ça peut être une piste pour savoir pourquoi.

Deuxièmement, l'isolement : je crois qu'il y a des solutions qui ne sont pas forcément très coûteuses mais quand on voit dans les offices par exemple des gens qui sont très seuls, vous citez le cas de la dame

tout à l'heure, comment peut-on prévenir cet isolement puisque c'est essentiellement de ça dont les gens souffrent ? On a peut-être en amont des solutions de parties communes possibles dans les offices d'HLM ou dans d'autres structures d'habitations pour que les gens ne mangent pas tous seuls, ne s'enferment pas. Il faudra peut-être y réfléchir.

Et puis une troisième réflexion que j'avais : l'équipe mobile peut aller vers des gens qui sont exclus et qui sont plutôt dans la rue mais quand on a des gens phobiques – et on en relève de plus en plus, notamment des phobies de transports, et qu'on leur demande d'aller vers d'autres lieux, je me pose toujours la question : est-ce qu'on est très logique ? Parce que dans ces cas-là, ils n'arrivent pas à sortir de chez eux, pour la plupart, alors là aussi il faudrait peut-être se poser des questions.

Monsieur Lionel DASSETTO

Directeur du CCAS de Bourgoin-Jallieu.

Une réflexion sur l'avenir du Conseil Local de Santé Mentale : est-ce qu'on ne pourrait pas développer des actions, plus de prévention voir de formations ou de réflexions sur les accueillants ou les travailleurs sociaux parce que moi je suis très sollicité, après des accueils difficiles, pour des temps de supervision alors est-ce que ce ne serait pas une piste à travailler plutôt que de réunir les gens autour de situations difficiles où chacun revient sur ces fondamentaux ? Est-ce qu'il ne faudrait pas les réunir sans situation et plutôt pour qu'ils aient l'habitude d'échanger sur leurs pratiques, sur leurs fonctionnements, sur leurs peurs justement et qu'on puisse avancer un peu là-dessus ?

Madame Camille MELLE

Mais c'est le fonctionnement actuel en fait. Depuis un an et demi, le groupe Ressources se réunit autour de la présentation des institutions et de leurs fonctionnements.

Monsieur Lionel DASSETTO

Oui, mais ce ne sont pas forcément les accueillants qui sont réunis et ce n'est pas forcément un temps où par exemple on banalise deux heures et vient dans telle ou telle institution toute personne qui a envie d'exposer une situation et qui a envie de la décortiquer sous forme de supervision. On est de plus en plus confrontés dans nos structures à des accueils difficiles où les accueillants, qu'ils soient travailleurs sociaux ou autres, sont déroutés après un accueil.

Madame Camille MELLE

La supervision était une des pistes de réflexion, effectivement, mais il y a quand même beaucoup d'institutions qui ont déjà des supervisions en interne. Cette question est donc propre à certaines institutions seulement. Et les personnes qui sont au premier accueil peuvent venir au groupe Ressources Communautaires et exprimer ce besoin-là, ce désir-là. Ils sont les bienvenus. Je ne demande pas mieux que d'entendre des demandes concrètes et réalistes et d'essayer de construire ensemble des réponses réalistes et adaptées.

Monsieur Lionel DASSETTO

J'en prends note et je leur transmettrai. Deuxième point sur l'équipe mobile : le CCAS y réfléchit depuis de nombreuses années, c'est vrai qu'on parle de professionnels de la santé mentale mais nous, on pense quand même qu'il faut que ce soit des équipes pluridisciplinaires parce que dans la santé et le social on a quand même du mal à communiquer. Chacun se referme souvent sur sa déontologie, sur sa charte et sur son serment et on a beaucoup de mal à échanger des données là-dessus. Ca serait donc bien, s'il doit y avoir une Equipe Mobile, qu'elle soit aussi pluridisciplinaire pour faciliter un certain nombre de relations.

Madame Sylvie ROSSETTO

Sur le Plan de Santé Mentale il s'agit effectivement de toutes les populations mais sur ce projet spécifique « Equipe Mobile » c'est le champ de la précarité exclusivement qui est ciblé et les financements

ne viendront que si l'on s'adresse à cette population. C'est donc un projet plus restrictif au sein d'un Plan de Santé Mentale qui est beaucoup plus large.

Pour répondre à Monsieur, dans le projet Equipe Mobile, une équipe pluridisciplinaire est prévue avec différents professionnels, pas seulement des professionnels infirmiers.

Dernier petit point : lorsque vous parliez tout à l'heure d'idées nouvelles, il m'a semblé que les usagers n'étaient, en effet, pas très interrogés ou est-ce qu'il y a une démarche qui vise à essayer de voir ce que pensent les usagers des services qui leur sont apportés ? Ceci pour envisager, peut-être, une confrontation et des idées nouvelles puisque là, il me semble que vous avez une démarche très construite du point de vue des professionnels mais peut-être qu'interroger les usagers vous donnerait d'autres champs, d'autres perspectives ?

**« DE LA GESTION DE LA FOLIE, A LA GESTION DE L'INTIME :
VERS DE NOUVELLES STYGMATISATIONS ? »**

Dr Roger FERRERI

Psychiatre, Hôpital Sud Francilien, Evry.

Bien, je vous remercie de m'avoir invité. À l'écoute de tout ce que vous dites, je vois que les problèmes sont pareils d'un endroit de la France à un autre. Peut-être qu'ici, même, vous êtes encore plus dynamiques que dans d'autres endroits. Je vais me présenter : je m'appelle Roger Ferreri, je suis psychiatre et psychanalyste, chef d'un service de psychiatrie infanto-juvénile dans la région parisienne, dans le sud de Paris. Ça couvre le département de l'Essonne.

On m'avait demandé de dire quelques petites choses sur vos pratiques tout en me mettant à distance de ce que vous faites, de prendre un peu de recul. Alors évidemment, en vous écoutant, j'aurais eu envie de répondre, de participer activement à toutes ces questions mais je vais faire l'effort de revenir à ce que vous m'avez demandé.

L'important ça va être d'en discuter puisque je vais faire une chose un peu étrange : je vais partir d'un constat qui est le vôtre et qui est le nôtre c'est que les moyens, semble-t-il, que nous mettons ensemble, la façon dont les communes et les régions s'impliquent, les équipes psychiatriques qui se décarcassent, tout cela fait que - si j'ai bien compris - ça ne va pas mieux. Je ne dis pas que c'est réel, parce que personne ne peut savoir si c'est réel, mais en tous les cas il y a un imaginaire qui nous prend tous : on a l'impression de faire beaucoup de choses et que ça ne va pas mieux et ça nous revient de différents endroits, de l'école, des enfants qui en CE1 ne savent pas lire, des voitures qui brûlent la nuit, etc.

Alors comment peut-on essayer de comprendre ce grand mouvement de la société qui fait qu'en même temps on développe sans arrêt des procédures, des équipes, des tentatives de se rapprocher de nos semblables qui vont mal et qu'en même temps globalement l'imaginaire que nous nous construisons est un imaginaire qui nous fait nous dire que ça n'a pas l'air d'aller mieux ?

Comme on m'a dit de prendre du recul, je vais prendre du recul, je vais aller un peu loin mais je vais le faire vite et de manière simple et vous pourrez m'interrompre quand vous voulez, ne vous inquiétez

pas : je retrouverai probablement le fil de ce que je disais. Je vais partir d'une chose simple ; je vais partir de ce qui a construit notre monde : c'est une invention, je pose une invention comme ça, ça ne sera pas vrai mais je vous promets que ça ne sera pas tout à fait faux et je vais arriver à quoi ? Et bien je vais arriver à l'ORSPERE, que vous avez cité, et je vais vous montrer en quoi l'ORSPERE a été construit par les lumières et justement que c'est une partie du problème qui nous touche.

Je vous fais un raccourci mais je vais essayer de vous montrer que ce raccourci n'est pas tout à fait faux. J'avais intitulé mon intervention : « De la gestion de la folie à la gestion de l'intime, vers de nouvelles stigmatisations » donc je change la fin du titre, grâce à vous, et puis grâce aux gens qui ont brûlé des voitures, je ne vais pas dire « vers de nouvelles stigmatisations » mais « vers un nouveau défi » parce que je suis plus optimiste aujourd'hui, malgré ce qu'on pourrait croire, qu'au moment où on m'a demandé d'intervenir.

Au départ, l'idée que nous pouvons penser les uns avec les autres, ça part quand même d'une construction, c'est une construction que nous avons faite, que notre histoire a faite : c'est que nous sommes des gens raisonnables. C'est une drôle de construction de penser ça, c'est une fiction dans laquelle on est tous ; effectivement quand on se voit fonctionner les uns les autres on n'est pas si raisonnables que ça mais pourtant nous partons de ça.

C'est une construction importante qui a été faite au 17^{ème} siècle qu'on appelait le siècle de la raison et au 18^{ème} siècle, le siècle des lumières, mais tout ceci pour dire une chose simple qui va arriver très précisément à ce qui nous arrive ici : c'est que au 18^{ème} siècle on a pensé que la science allait nous sauver et c'était merveilleux. On peut le voir dans l'encyclopédie, dans ce que faisait Diderot, c'est que non seulement ça allait nous sauver mais ça allait être mis à la disposition de chacun d'entre nous, du plus riche au plus pauvre, c'est le projet encyclopédique, c'est une chose merveilleuse. Ça allait nous sauver parce qu'enfin, les objets du monde et tout ce qui nous entoure allaient être livrés à nous d'une manière qui allait permettre de construire un savoir de progrès. On allait quitter la magie. Vous voyez, tout à l'heure, on a employé le mot « magique », on a dit : « ce n'est pas magique », et bien c'est encore un peu magique vous allez voir.

On a donc construit ce monde et en faisant cela on a fait une chose très particulière, on s'est dit : « pour que ce monde fonctionne et bien

on va faire un nouveau règlement entre nous ». Il y a même un type, je ne sais pas si vous vous souvenez de lui, il s'appelait Napoléon, qui a fait une croisade. Il a pris le code civil et il a fait une croisade. En cours de route, il s'est un peu trompé mais au départ il partait avec le code civil et le code civil qu'on avait inventé c'était cette façon de vivre les uns avec les autres. Non seulement il y avait le code civil quand il a fait sa croisade mais derrière lui qu'est-ce qu'il y avait ? Et bien il n'y avait pas les infirmiers, il y avait la Science, il y avait Monge, il y avait Laplace, il y avait toute une catégorie de personnes qui suivaient cette promotion de cet ordre nouveau, ce nouveau monde, et derrière la Science arrivait parce qu'on allait s'en sortir.

Et on a construit des choses qui vont m'amener justement à la constitution même de l'ORSPERE, je vais vous le démontrer mais pour vous montrer que je ne perds pas le fil, l'ORSPERE et bien qu'est ce qu'il y a dans l'ORSPERE ? Il y a un sociologue, un psychiatre et un psychologue : et bien ça, ça nous vient des lumières.

La première chose qu'ils ont fait ces gens, avec la révolution française, c'est qu'ils ont dit : « si nous sommes des gens raisonnables, il faut que les règles que nous mettons en commun ne s'appliquent qu'aux gens raisonnables donc elles ne s'appliqueront pas aux gens déraisonnables ». Les gens déraisonnables c'était les fous. Et pour construire un monde que vous connaissez bien, ce monde on peut le résumer en une phrase : « nul n'est censé ignorer la loi ». Ca ne veut pas dire bien sûr que vous devez la connaître par cœur, ça veut dire qu'il y a au fond de vous une continuité entre votre raison et la loi, qui n'est pas la loi du plus fort, la loi du plus riche, qui fait que vous devez la connaître parce qu'elle est inscrite dans le fondement même de votre raison.

Mais c'est un mythe, c'est un mythe porteur bien sûr, sûrement salutaire mais c'est une fiction et pour que ce mythe tienne qu'est-ce qu'on a fait ? Et bien on a dit : « les gens qui ne sont pas capables d'avoir au fond d'eux ceci, ceux-là, on va les exclure ». On a mis en place un article, à l'époque, qui s'appelait l'article 64 et qui disait : « ceux-là, ils ne peuvent pas commettre d'actes sociaux, en particulier ils ne peuvent pas commettre de crimes ». Ils disaient : « il n'y a ni crime ni délit si le prévenu était au moment des faits mû par une force incoercible à laquelle il n'a pu résister ». Ça, c'était l'article 64, ça, c'est ce qu'on appelle la folie et qu'est-ce que c'est que la folie ? La folie c'est que d'un seul coup, ce que nous avons au fond de nous comme idée du normal - parce que nous avons accepté la raison - ce

que nous avons au fond de nous, nous allons le mettre dans des personnes qui - quand on les rencontre - nous font la preuve objective que ce nous avons au fond de nous ne fonctionne pas.

Ce mythe ne fonctionne pas, les personnes pour lesquelles le mythe de la raison que nous avons construit ne fonctionne pas, celles-là nous dirons qu'elles sont folles. Et on va construire un monde qui est basé sur ce mythe et qui va fonctionner jusqu'à, soyons larges, la seconde guerre mondiale.

Ce mythe construit un savoir qu'on va appeler le savoir psychiatrique et qui fait que ce savoir psychiatrique est qualitatif. Cela veut dire qu'ou vous êtes fous ou vous ne l'êtes pas. Voilà, c'est très simple. Ça, c'est ce qu'on peut appeler la modernité : c'est l'idée que la raison c'est un horizon. Après la seconde guerre mondiale, peu importent les années, mettons les années 1960, on va transformer l'horizon en réalité. C'est ce que certains philosophes ont appelé le postmodernisme.

Chaque acte que vous faites, comme aller par exemple dans l'escalier chercher cette personne qui a décidé que sa vie c'était habiter dans l'escalier, et bien quand vous allez chercher cette personne, l'acte que vous allez faire, qui est un acte communautaire, qui est un acte humain, qui est un acte sensible, la lecture qui va en être faite par la société, ça va être une lecture que votre intervention a été faite au nom d'une idée de la science. C'est une pente importante qui arrive. Cette pente elle n'était pas de cet ordre là juste après guerre et pour ce faire, la modernité a mis en place un certain nombre de doctrines, de *doxa* diraient les Grecs, comme par exemple la sociologie.

C'est quoi un sociologue ? Un sociologue c'est un type bien, bien évidemment, mais la sociologie, c'est compliqué. Pourquoi ? Parce que la sociologie, sans le faire exprès, a une pente comme la psychiatrie, je vous le dirai, cette pente c'est que la norme humaine serait liée au nombre. Non pas que les sociologues ne nous avaient pas prévenus mais vous allez voir que dans les études sociologiques, on va tirer des critères de normalité qui vont être des critères de moyennes. La norme ça va être la moyenne.

Bien sûr, quand vous allez interroger un sociologue, il va vous dire « mais attendez, je ne suis pas plus bête qu'un autre! C'est une proposition que je vous fais, je sais bien que ce n'est pas la réalité ». Si vous relisez Durkheim, il disait une très belle phrase : « On ne punit

pas un crime parce que c'est un crime, c'est parce qu'on le punit que c'est un crime » mais il n'empêche, maintenant, que la norme par rapport à ce que c'est que la délinquance, etc, elle va se sortir en statistiques, et ça, ce sont les nouveaux défis que nous avons à relever. Les sociologues malgré eux, la sociologie, passent par des normes statistiques.

Ensuite, on a inventé la psychologie. Quand on regarde l'évolution sociale, la psychologie c'est la gestion de la normalité psychologique. Donc, je reviens à la folie : la folie on lui avait donné cette obligation, cette contrainte : « débarrassez-nous des fous et faites qu'ils ne gênent pas dans la rue ». Donc, on va les enfermer, on va les mettre dans des asiles, etc. Ce sont des problèmes qui peuvent paraître compliqués mais qui sont très importants pour notre monde actuel.

Par rapport à l'interprétation qu'a faite la science vis-à-vis de la folie, il y a deux interprétations qui se discutent actuellement : celle de Michel Foucault et celle de Gladys Aine et Marcel Gaucher. Ne croyez pas que je dis des choses difficiles, c'est vraiment le concret de tous les jours qui est transformé par ça. Michel Foucault disait : « Moi, je prends parti pour dire que la science psychiatrique ce n'est jamais que le redoublement de l'exclusion ». Il disait ça parce qu'en fait on a mis les gens en dehors au titre de la construction d'une fiction de la raison, on leur a interdit de parler parce que s'ils parlent ils mettent en cause la raison donc on a créé un hors-champ dans lesquels on les met et dans celui-ci on ne peut pas les laisser parler. Michel Foucault est très critique, il tord le bâton très loin, il dit que la théorie du savoir psychiatrique prolongera toujours dans la science les critères de l'exclusion. Une position simple donc : on fait un mythe, celui de la raison, à côté on met un groupe d'hommes qui vont représenter la non-raison, l'un va dire « cela se reproduira quoi qu'on fasse » parce que ce mythe il est consubstantiel à l'idée même de raison.

Deuxième position : Gladys Aine et Gaucher qui disent que ce n'est pas comme ça : en fait, on a pu rassembler une problématique de l'ordre de la non-raison, de la déraison, et la science va rentrer dedans et va donner la parole aux fous et on va s'instruire de ce que les fous critiquent de la société pour faire que le monde soit meilleur.

Ces deux positions d'une certaine manière sont justes et intéressantes, le problème c'est qu'est-ce que ça va traduire pour nous dans notre vie concrète de tous les jours ? Le terme de folie va disparaître, c'est un mot qu'on n'emploie plus, maintenant on parle de

santé mentale, et on va s'apercevoir que la réponse sociale va être en Michel Foucault et Marcel Gaucher, c'est-à-dire que le modèle de la pathologie va devenir le modèle de l'inadaptation sociale. Ça va se faire de manière compliquée et ça va se faire parce que dedans il y a du profit, bien sûr, vous le savez, si on regarde les classifications psychiatriques dedans vous allez vous apercevoir que, je le disais tout à l'heure, elles sont faites non pas par combat idéologique - on va aider son voisin, son prochain - mais elles sont faites pour savoir si telle personne va pouvoir rentrer dans la prescription de tel médicament parce qu'il y a des enjeux considérables, etc.

Alors ça a un effet réel, c'est que vous avez pu lire dans le journal *Le Monde* il y a peut-être quatre ou cinq jours, un hasard tout à fait étonnant : d'un côté, la première page du *Monde* disait : « La France brûle », il y a des voitures qui brûlent partout, les banlieues c'est l'éclatement, etc. et puis vous alliez à l'intérieur du *Monde* et il était écrit qu'un député de l'UMP, Baptisti me semble-t-il, va proposer à l'assemblée nationale la mise en place d'un dépistage des troubles caractériels afin de prévenir la délinquance.

Ce que je dis ce n'est pas une histoire de politique, ce serait trop facile de penser qu'il y a les bons et les mauvais. De n'importe quel parti qu'on soit, il y a cette attirance pour penser qu'on peut prévoir le fonctionnement des gens pour une raison simple c'est qu'en passant de la folie comme qualitative à quantitative, nous mettons en place un dégradé social qui permet que nous soyons en quelque sorte tous des fous, mais on ne dira pas des fous, on dira des gens, dont la santé mentale est à prendre en compte parce qu'à chaque instant elle peut, morceau par petit morceau, basculer. Une fois que nous avons dit ça alors que nous avons fait le bien, et dans les actions concrètes de tous les jours, c'est effectivement le bien, la répercussion sociale de ça c'est que l'espace politique – comment on vit avec les autres, qu'est-ce que la morale, etc – bascule tout doucement du côté des experts et de la science.

C'est beaucoup plus important qu'on ne le croit parce que dans le concret tout ça se traduit par le fait que les enfants sont testés à l'école maternelle et en moyenne section. Quand vous regardez l'enfant qui est testé en moyenne section, pour cet enfant là vous pouvez dire : « Mais c'est tout à fait bien ! », vous seriez les parents vous pourriez dire : « Je suis content de m'apercevoir que mon fils, ma fille, hésite un peu à mettre les triangles dans les triangles et veut mettre les triangles dans les ronds. Je suis content qu'on m'en

avertisse. Au contraire, je vais l'aider, je vais le soutenir ». C'est ça la grande complexité de notre monde : chaque action que nous faisons, à part les monstres mais il n'y en a pas tant que ça, est tout à fait adaptée, est fondée, pertinente en quelque sorte et en même temps ses effets sur nous tous sont des effets qui peuvent être peut-être destructeurs.

Et ça peut avoir des effets destructeurs parce que plus nous en faisons comme vous l'avez remarqué, et je crois que nous en faisons beaucoup quand même, je ne parle pas des moyens, des moyens il en faut toujours plus, je ne parle pas de la crise du service public, je laisse ça de côté : c'est trop facile, je ne dis pas que ce n'est pas vrai et que ça ne va pas être encore pire mais je dis que même si on part de cette idée qu'on essaye de mettre dans « moyens », que vous regardez les conseils généraux ou les maires de ci de là qui font des actions, essayent de répondre....

On fait tout ça et le résultat c'est que « ça va de plus en plus mal ». À tel point qu'il y a une mise en miroir entre d'un côté les gens qui vont mal et les équipes qui s'en occupent qui vont aussi mal que les gens qui vont mal. C'est quand même étrange. Alors on fait des projets extraordinaires, on dit qu'il faut se rencontrer, qu'il faut se voir, se dire bonjour mais permettez-moi d'avoir de l'humour, même si ce n'en est pas pour vous, mais c'est quand même incroyable qu'on fasse des réunions pour apprendre à se dire bonjour. Drôle de truc...

Alors, face à ça comment faire ? J'écoutais et je me disais, c'est marrant, ce qu'on fait. Il y a un monsieur à qui l'on prête d'avoir inventé l'Etat moderne, ce monsieur c'était Machiavel, j'ai de vieux souvenirs de lectures de Machiavel et lui c'était un marrant, s'il était ici il s'écroulerait de rire. Il dirait : « c'est ce que vous dites parce qu'il faut absolument pas faire ça ». Je vais faire comme Coluche : c'est un type, il a inventé le peuple. Ça n'existait pas le peuple avant. On va faire comme si Machiavel avait inventé le maire et que le maire voulait faire les mêmes choses, sauf que Machiavel il parlait du Prince. Il avait dit qu'être Prince, ou être maire, c'est à la portée du premier imbécile venu. Il suffit d'être au bon moment au bon endroit et de frapper très fort, de donner un bon coup de couteau à l'autre et de prendre sa place. Et c'est Machiavel qui le dit, franchement il n'y a pas de quoi se vanter, c'est à la portée du premier imbécile venu mais ce qui est très difficile c'est de le rester.

Je vais faire un parallèle et vous m'en excuserez mais être psychiatre, être infirmier, être maire, c'est à la portée de n'importe qui, le plus difficile c'est d'y rester, c'est-à-dire c'est de faire quelque chose avec, c'est ce que dit Machiavel. Et il dit que pour faire quelque chose avec il faut vivre avec le peuple. Il invente le peuple mais il ne s'en rend pas compte, lui, c'est-à-dire que les gens dont vous parlez : les SDF, etc. il faut vivre avec pour pouvoir leur répondre et pour cela, et ce qu'il dit va vous embêter, il ne faut jamais faire ce qu'ils demandent. Si vous faites ce qu'ils demandent ils vous en demanderont toujours plus.

Mais il faut les aider et il invente ce qu'on appelle l'Etat, et il invente même un terme : *El arte del estado*, l'art de l'Etat. Il dit que c'est un art, et je vais en venir au concret de mon intervention, il dit qu'il y a quelque chose qu'il ne comprend pas chez le Prince, il invente le Prince, qui est un mythe chez Machiavel, et c'est que le Prince c'est ce qui répond à la question de qu'est-ce ce que c'est que le peuple et la politique. Il dit : « je ne sais pas comment comprendre le peuple », vous savez il commence en disant : « je n'aime pas Laurent de Médicis, je n'ai rien à lui offrir, je n'ai pas d'argent mais j'ai beaucoup réfléchi et moi je fais partie du peuple et je lui parle comme à quelqu'un du peuple ».

Machiavel dit : « il y a quelque chose qui m'échappe c'est que plus je réfléchi, plus je m'aperçois que je sais ce qu'il ne faut pas faire, que je peux comprendre pourquoi Néron s'est trompé, pourquoi César c'était un escroc, c'est que et c'est la question qui est ici, c'est que dans celui qui s'occupe, dans le maire, dans l'infirmier, dans le psychiatre, dans le psychologue, il y a quelque chose qui échappe à tous les savoirs, ça s'appelle la *virtu*. La *virtu* ce n'est pas être vertueux, c'est cette chose en plus qui fait qu'on ne pourra jamais l'accorder, c'est que quand quelqu'un rencontre une situation particulière, il y a quelque chose qui sort de lui qui est une anticipation et un au-delà de la situation qui lui permettent de déployer ce que vous avez demandé tout à l'heure : il faudrait des idées nouvelles.

Voilà ce qui me faisait penser à Machiavel et je me disais qu'effectivement si on emploie le terme de Machiavel non pas dans le sens machiavélique, parce que les gens n'ont retenu que le mauvais côté, mais dans le sens machiavélique c'est-à-dire cette question très complexe que pour répondre aux gens, je le dis comme ça ici, il faut accepter de ne pas lire en eux directement le bien qu'on leur fait pour se payer le prix comptant.

Alors, ça m'a fait un peu dévier mais maintenant je vais revenir à la suite de mon exposé. Dans toute cette histoire de science qui diffuse, qui fait que tous les jours, on pense qu'il y a quelqu'un qui sait et qui pourrait faire le bilan précis de ce qu'il faut faire, vous l'avez dit, c'est vrai et en même temps c'est hyper dangereux. Je ne dis pas que ce n'est pas vrai, bien sûr, mais vous savez, par rapport à l'expert, il y a une phrase de Castoriadis qui dit que « l'expert c'est celui qui doit en dire toujours plus à partir de toujours moins ».

Quand vous avez besoin d'un expert c'est quand il n'y a plus rien, un papier blanc, alors là l'expert est très fort. Les experts, ils vous disent comment on monte les murs de brique mais ils ne savent pas les monter et ils disent : « c'est normal qu'ils ne savent pas monter les murs de brique, ils ne sont pas monteurs de murs de brique, ils sont experts ». Donc, la référence au système expert c'est une façon pour nous de nous associer dans l'idée que ce qu'on ne peut pas faire - et là on construit un mythe - quelqu'un pourrait le faire pour nous. Mais vous savez que c'est faux ! Une compétence chasse l'autre. On dit : « il faut faire des équipes multidisciplinaires » bien sûr mais en fait il faudrait faire des équipes transdisciplinaires.

Transdisciplinaire, ça veut dire que ce n'est pas un peu d'eau, un peu de vin, un peu de bière, c'est : pourquoi de l'eau, pourquoi du vin, pourquoi de la bière, qu'est-ce qu'il y a de différent entre l'eau, la bière et le vin. C'est ça les équipes transdisciplinaires, c'est-à-dire qu'on met en synergie des compétences mais pas comme délégations de compétences, mais comme enseignement de chacun de son point de vue par rapport à ce qu'on fait.

Ce qui fait les difficultés des montages sociaux ce n'est pas le fait qu'on fasse une équipe mobile ; on fait une équipe mobile par exemple dans un service de psychiatrie, l'équipe mobile marche bien, elle fonctionne bien au début mais après elle fonctionne mal, pourquoi ? Parce qu'après tout le monde sait qu'il y a une équipe mobile. Il faudrait faire une équipe mobile mais il faudrait que personne ne le sache. Pourquoi ?

C'est concret ce que je vous dis, parce que quand vous faites une équipe mobile et qu'elle commence à fonctionner, elle fonctionne pour des cas difficiles, les gens interviennent et se débrouillent et puis petit à petit on déplace, on délègue, et puis après l'équipe mobile elle dit : « j'en peux plus moi, moi je viens parce qu'il a oublié sa boîte d'allumettes mais je ne suis pas là pour livrer des boîtes

d'allumettes » mais ça, vous ne vous en rendez pas compte, c'est la pente sociale que nous avons tous et qui est liée à la construction d'un savoir qui viendrait à la place du nôtre.

Lucien Bonnafé, psychiatre qui a inventé le secteur, a donné une définition de la folie que je vous donne au passage et qui est quand même assez belle puisqu'on ne la trouve pas dans les manuels de psychiatrie : « La folie, pour autant que ce soit autre chose, n'en est pas moins une juste protestation contre d'injustes contraintes ». Cet homme disait des choses très belles, par exemple, quand il était dans un hôpital psychiatrique et que les infirmiers lui disaient que ça allait mal et que c'était la catastrophe, il répondait : « Et bien ce n'est pas compliqué, faites le contraire ! » Et les infirmiers disaient : « C'est quoi le contraire ? ». Et il répondait : « ça, je ne le sais pas ».

Quand Lucien Bonnafé a construit le secteur, comme il avait été résistant pendant la guerre, il a construit le secteur psychiatrique en parallèle avec la résistance : la résistance c'était de dire « face à l'occupant, nous définissons une zone géographique et démographique et dans cette zone il y a un truc sûr : on ne compte que sur nous. Ça ne veut pas dire qu'on ne va pas se faire livrer quelques armes par les anglais si on peut mais s'ils ne peuvent pas livrer on ne sortira pas dans la rue en disant : « on abandonne parce qu'on a perdu, on manque de moyens ».

C'était la théorie de la résistance et Bonnafé a fait ça : il a dit que le psychiatre, les équipes psychiatriques ne doivent jamais reculer, elles doivent tenir. Un autre l'a dit de façon plus aphoristique, il s'appelait Pommel, il a dit : « La psychiatrie de secteur c'est travailler dos au mur ». Alors, je ne dis pas qu'on y arrive mais en quelque sorte on pourrait dire que nous tous ici, de quelque profession qu'on soit, on devrait imaginer qu'on travaille dos au mur, que quand vous intervenez personne ne peut vous remplacer. Ça ne veut pas dire que vous n'allez pas appeler des amis, loin de là, ça veut dire qu'on peut se faire aider mais pas dans un système de délégation.

Moi je participe sans arrêt à des réunions, vous savez. Mais je n'y vais plus parce que je reçois des invitations à des réunions, comme je suis psychiatre de secteur, où il est écrit par exemple, le nom de tel enfant et quinze noms de professionnels conviés à cette réunion, dont le mien qui est surligné en jaune pour que je le vois plus vite, pour que je vois que je suis bien dessus et il est écrit rendez-vous le vendredi 15 à 13h30. Des fois j'y allais mais on est pris dans un système où

tout le monde travaille par rapport à la facilité de ses fonctions et on peut le comprendre, et donc j'y allais de moins en moins. Quand j'allais à ces réunions, à propos d'un enfant, sur les 15 personnes présentes il n'y en avait que trois qui l'avaient vu. Et je vais tordre le bâton du côté qu'il nous revienne dans la figure, c'est que les trois qui l'ont vu sont ceux qui se font engueuler, toujours.

Enfin, j'exagère si vous voulez, on n'est pas tous comme ça mais, enfin je veux quand même vous montrer nos pentes personnelles : « Mais qu'est-ce que vous faites, vous le voyez combien de fois ? Une fois tous les quinze jours ? Mais ce n'est pas assez, il va très mal, à l'école son professeur se plaint de lui, il faudrait le voir une fois toutes les semaines ?! ». Les deux ou trois personnes qui l'ont vu se font engueuler parce que sans s'en rendre compte, on est dans un système d'experts. Celui qui a la page blanche est expert, celui qui l'a pas vu il est expert, celui qui l'a vu il est dans la merde. Alors ça nous vient de quoi ? D'un certain modèle qui est que la science dit que quand Newton prend une pomme sur la figure, la pomme ne s'arrête jamais à mi-distance en disant : « Newton, tu m'emmerdes ! » Ca veut dire que les objets de la science ils sont stables.

Et bien il y a une pente à l'heure actuelle qui est en train de faire que nous les êtres humains, on veut nous stabiliser, c'est-à-dire faire de nous des objets de la science. Cette petite chose là qui est dans le journal, fait par des collègues qui pensent qu'ils sont psychiatres, qui ont fait des études sur les psychothérapies, qui font des études « très scientifiques » sur... je ne vous en parlerai pas parce que si je le faisais je serai obligé de me déguiser en Coluche parce que c'est du Coluche ce qu'ils ont fait, enfin je vous en dirai un mot quand même parce que... il est bientôt midi il faut que je vous fasse un peu rire, pour qu'on discute après sérieusement.

Donc cette science qui nous vient de l'Amérique du Nord, d'une partie de l'Amérique du Nord, parce qu'ils y a des résistances bien sûr, elles font de nous des objets stables, c'est elle qui propose bien sûr d'étudier les troubles des enfants et qu'on étudie les troubles des enfants, pourquoi pas ? Mais si à la crèche on les regarde déjà comme des futurs délinquants, ils vont avoir du mal à faire autre chose ! Je ne dis pas qu'il n'y a pas des enfants qui quand ils naissent sont très heureux, très contents, sautent à pieds joints sur le ventre de leur mère et qu'on va les appeler après des enfants hyperactifs, je reconnais tout ça, ça portait un autre nom dans le temps, on disait des enfants un peu excités, des enfants caractériels, à une époque on

disait que l'enfant était maniaque ou hypomaniaque, peu importe les noms, mais cette idée de la science c'est que « Ce que je dis est tellement vrai que ça se vérifiera dans le futur » : la pomme va tomber, elle ne peut pas remonter.

Mais nous, nous les êtres humains on peut remonter ! ça ne veut pas dire que nous ne pouvons pas étudier scientifiquement l'humain mais c'est différent d'étudier avec la science les comportements humains que de faire de nous des objets de la science. C'est tout à fait différent. Alors face à ça, il est arrivé une espèce de petit truc qui fait rigoler tout le monde, qui est arrivé au début du 20^{ème} siècle : c'est la psychanalyse.

La psychanalyse c'est pas ce que croient beaucoup d'analystes, la psychanalyse c'est le fait que d'un seul coup quelqu'un qui s'appelle Freud, qui est complètement scientifique, qui était promu à être un neurologue génial, si on en croit ses collègues : Pierre Marie disait : « Il y a un nouveau, un jeune allemand, qui a créé un truc sur les aphasies, on a trouvé un futur grand neurologue » et ce Freud il s'est aperçu que quand il écoutait les gens, la science ne suffisait pas à comprendre ce qu'ils disaient. Qu'est-ce que c'est que la psychanalyse ? C'est le pendant de la science. Et la psychanalyse va inventer quelque chose qui nous apporte beaucoup ici, qu'on soit psychanalyste ou pas ce n'est pas le problème : elle fait passer dans le monde l'invention de quelque chose qui s'appelle le singulier.

Je vais accélérer pour en arriver à l'intime. Le singulier c'est ce qui échappe à ce que l'on dit que vous êtes. Voilà ce que trouve Freud. Peu importe qu'on soit pour la psychanalyse ou pas, ce n'est pas le problème. Freud dit qu'en fait, on ne peut pas faire une théorie de la pensée. On ne peut pas faire de psychologie, au sens d'un logos du psychisme. On ne peut pas construire une théorie de la pensée qui ferait comme la science dure que si vous connaissez ce corpus vous allez savoir ce que les gens vont dire, vous allez savoir comment ils vont réagir dans telle situation. Freud était emmerdé parce qu'il aurait bien voulu quand même trouver.

Il fait une théorie du sujet et le sujet, celui qui parle, c'est celui qui échappe à ce qu'on lui dit qu'il doit être. C'est important pour les gens que nous suivons, c'est qu'on vous dit quand vous sortez du ventre de votre mère : « Oh ! La magnifique petite fille ! ». Et bien le sujet c'est ce qui dans vous prend une certaine distance avec l'idée que vous êtes une fille.

Le sujet, ce que découvre Freud, c'est ce qu'on appelle le singulier. Le sujet c'est ce qui, dans vous, prend une certaine distance avec le fait qu'on vous dit que vous êtes père, que vous êtes mère. C'est votre petit espace de création qui fait qu'entre le personnage social qu'on vous propose pour exister, être père, être mère, être chef magasinier à Carrefour, être curé dans une paroisse, etc., entre ce que la société vous propose comme déploiement de votre être et vous-même et bien il y a un petit écart possible, une petite interprétation qui échappe sans arrêt, qui est renouvelée par le fait qu'on vous redemande d'être ce que vous êtes. A chaque fois qu'on vous redemande d'être ce que vous êtes, vous la renouvez en disant : « pas tout à fait ». C'est ça que découvre Freud, il dit ça mais en fait ça échappe à la science.

Il dit que ça échappe tellement à la science que sa théorie en fait c'est une théorie du sujet qui échappe à la théorie. C'est ce que je lui fais dire : « Ma théorie, c'est une théorie du sujet mais qui échappe à la théorie et comme je ne peux pas faire de théorie du sujet qui échappe à la théorie, je vais transmettre la question » et pour cela les gens font des analyses. L'analyse en quelque sorte, sans s'en rendre compte chez Freud, c'est qu'en transmettant que les gens vont voir un autre et lui racontent des histoires et croient que l'autre les écoute. Ils croient qu'ils disent des choses intéressantes, et sans s'en rendre compte, ils transmettent la question de départ qui est que jamais il n'y aura un énoncé sur Terre qui ne m'ira comme un gant. C'est ce qu'on appelle le singulier. Et c'est arrivé dans la politique, le singulier, et on s'en est occupé, parce que le singulier ça marche avec quelque chose qu'on peut choper : c'est le désir.

C'est pour cela que je disais que tout ça a changé vers les années 50, 60. Qu'est-ce que c'est que mai 68 ? Mai 68, c'est le fait que Ché Guevara va vendre des tee-shirts, il va *booster* l'industrie du tee-shirt. C'est pour vous dire qu'en fait, en mai 68, la question du désir va être repris par les systèmes sociaux et on va s'apercevoir qu'il vaut mieux faire courir les gens après le désir que de leur botter le cul pour qu'ils y aillent. C'est-à-dire que vous comme moi, et bien moi par exemple, qu'est-ce que je fais ? Et bien j'ai une télévision qui a des coins ronds et j'en veux une avec des coins carrés. Et moi j'y cours ! Et puis j'aurai beau être critique, j'y courrai toujours parce qu'avec le désir on ne peut pas faire autrement que courir. Pour comprendre les systèmes du désir il faut aller au plus près du singulier c'est-à-dire dans cet écart entre le personnage que vous êtes.

Je vais passer de la gestion de la folie à la gestion de l'intime. Qu'est-ce que c'est que l'intime ? L'intime, je vais traduire en termes modernes, c'est ce qui dans vous par rapport à votre plaisir ne se transformera jamais en marchandise. Il y a quelque chose en nous qui ne sera jamais une marchandise. Je parle de cette chose en nous qui nous sert à déployer notre plaisir, notre joie, notre bonheur, qui ne pourra jamais se transformer totalement en marchandise c'est-à-dire qui ne pourra jamais s'appliquer complètement sur l'objet qu'on vous propose pour vous réaliser. Il y en a qui veulent être président de la république, il y en a même plusieurs je crois, et bien théoriquement il n'y en aura qu'un seul à l'arrivée. Celui-là, si tout petit il rêvait d'être président de la République, quand il sera président de la république il lui restera un peu d'intime, enfin il faut espérer, c'est sûr même, c'est-à-dire que cette proposition là ne pourra jamais totalement réaliser ce qu'il rêvait d'être quand il voulait être président de la république.

Les sociétés modernes, ce n'est pas calculé, sont en train de déployer un gigantesque système auquel nous participons tous, auquel vous participez, qui est d'aller faire la preuve qu'on peut gérer l'intime. Et on peut aller gérer l'intime en allant chercher les gens dans la rue, en leur disant - mais avec ce que nous avons de plus humain - d'aller voir les gens chez eux et d'essayer de savoir ce qu'on peut leur apporter de mieux. Et plus on leur apporte des choses et plus on détruit toutes les grandes barrières fictives qui nous supportent. Il y a quand même la liberté individuelle. Mais tous les jours, au nom du bien on attaque la liberté individuelle. Et c'est compliqué de ne pas l'attaquer parce que quand vous voyez quelqu'un qui est dans la merde vous vous dites : « il faut l'en sortir, même s'il ne veut pas »...

Quand j'étais psychiatre dans un service d'adultes, j'avais un jour empêché une dame de sortir - alors qu'elle voulait sortir et qu'elle était dans une hospitalisation tout à fait normale - parce qu'elle allait très mal et j'avais peur qu'elle se suicide. Alors je lui ai dit : « Je ne veux pas que vous sortiez » et elle m'a dit : « Vous n'avez pas le droit » et je lui ai dit : « C'est parce que je n'ai pas le droit que je vais le faire. Je pourrais le faire avec le droit mais je ne le ferai pas ». Et elle m'a dit : « Mais comment allez-vous faire ? ». Je lui ai dit : « Vous êtes petite, mince et fluette, et je ne suis pas grand mais costaud. Je vais me mettre devant vous, et vous savez, c'est dur pour moi de faire ça mais je suis très inquiet, j'ai vraiment peur. Si vous voulez, demain, je vous laisse sortir mais ce soir je ne peux pas ». Elle a grogné et puis elle s'est arrêtée et puis on en a discuté et elle sorti. Et puis j'en ai discuté

à l'internat et j'ai dit à mes collègues internes : « C'est heureux que je fasse une chose interdite et je ne souhaite pas qu'on m'autorise à la faire. Je veux que ce soit un acte presque exceptionnel ».

Le rapport qu'il y a entre faire le bien et la façon dont ça se fait autre part c'est que, j'espère qu'on ne va pas me mettre en prison pour ça mais, j'ai fait un acte un peu interdit, mais je veux me défendre qu'à un moment donné et je vais finir là-dessus, parce que j'ai oublié de vous parler de l'éthique, des limites de l'éthique et des modalités, qu'à un moment donné c'est mon éthique à moi dans mon interprétation du personnage du psychiatre qui fonctionne et c'est pas un acte coté sur un papier qu'on remplit comme les papiers qui me permettent de mettre les gens dans les chambres de sûreté et si je remplis toutes les bonnes cases on a le droit de les y mettre.

C'est un acte que je veux qu'on me reproche mais je veux que ce soit moi qui le fasse. Moi avec mes idioties, mes bêtises, mes erreurs mais vraiment un acte humain parce que je peux me tromper. Mais à ce moment là, je dis devant quelqu'un : « Je vais faire quelque chose et je ne vais pas m'appuyer sur les règles pour le faire parce que c'est exceptionnel et que je vais faire très attention. Je vais le faire parce qu'en tant qu'autre, je suis inquiet et cette inquiétude je l'assume au point de vous empêcher de sortir ce soir. Mais si on me donne le pouvoir de vous empêcher de sortir alors je ne pourrai plus faire d'acte comme ça et puis je vais empêcher tout le monde de sortir ».

Vous mettez votre éthique comme je crois l'avoir fait moi : sur les limites. C'est la limite de moi-même, ce que je n'ai pas le droit de faire je m'en avance au bord, j'en prend la responsabilité en espérant qu'on ne le fera pas trop souvent parce que sinon je n'y arriverai pas et justement arriver à laisser une éthique des limites, c'est respecter pour nous tous que nous ayons un espace de travail. Et un espace de travail ça nous change des prescriptions, des constructions qui nous viennent d'en haut, des systèmes de protocoles puisque maintenant, vous le savez, nous allons vers un monde où notre vie n'est quasiment qu'une vie qui serait l'application d'un manuel d'un protocole de la vie. Voilà, je vous remercie.

Monsieur Jacques NOGUER

Moi, je constate qu'il y a de plus en plus une pression de la conformité et quand on n'est pas conforme on est exclu. Je me demandais comment faire par rapport aux gens qu'on rencontre ; je travaille dans le dispositif RMI, je suis animateur d'insertion, je m'occupe du travail - donc d'un inaccessible « Eldorado » - et je me demandais quelle posture adopter par rapport à cette conformité parce que la première chose c'est la révolte puisque quand on n'y arrive pas et qu'on devrait avoir un travail, on devrait avoir un logement, comment réagir par rapport à ça et comment trouver un juste équilibre ?

Docteur Roger FERRERI

Vous l'avez dit, je crois que quelqu'un l'a dit, je l'avais noté : « Il faut aider les gens, il faut les accompagner pour qu'ils soient acteurs de leur santé ». Bonnafé le disait autrement ; il disait : « Il faut rendre aux gens la capacité qu'ils ont de se soigner eux-mêmes. »

Alors évidemment c'est difficile, je crois. On va prendre des exemples concrets : on va prendre l'exemple de cette personne qui est dans l'escalier. La personne est dans l'escalier parce qu'elle s'est construit un monde où le fait d'être dans les escaliers lui convient au moment où elle le fait et nous, nous avons construit un monde où le fait d'être dans l'escalier conjoint deux choses : d'une part, que nous ne supportons pas qu'elle soit dans l'escalier et que d'autre part, notre monde ne doit pas produire des gens qui sont dans l'escalier. Or, ces deux choses là sont plus antinomiques qu'on ne le croit parce que chaque personne dans un système, pour protester de ce qui lui arrive, va aller se mettre dans quelque chose qui interpelle le système.

Je crois que nous avons toujours affaire à deux choses comme les amérindiens. Les amérindiens faisaient toujours deux choses : quand ils faisaient un acte, par exemple qu'ils tuaient un singe, et bien ils allaient faire une dévotion parce qu'ils avaient pris un morceau de vie dans la forêt. Ils avaient construit un système où ils pensaient qu'ils avaient un capital de vie qui incluait les singes et que s'ils prenaient la vie d'un singe, c'était de la vie qui était ôtée de leur vie à eux.

Nous, on devrait toujours faire deux choses, c'est-à-dire qu'à chaque fois qu'on fait un acte envers quelqu'un, on doit témoigner vers le système social que ça ne va pas de soit. Si on fait ça à chaque fois, si dans les réunions, au lieu de se mettre tous d'accord, au lieu de dire : « Mais bien sûr il faut l'emmener de force ! », il faut dire : « Oui, cet homme là est fou : il se promène dans la rue armé d'un couteau ! On lui saute dessus, on le met à l'hôpital psychiatrique, on l'enferme, d'accord, mais ça ne va pas de soit. On va le faire mais sachez que ce qu'on fait là ce n'est pas l'application de la conformité ».

Les actes qu'on fait auprès des gens qui y adhèrent peu doivent toujours être des actes que l'on va qualifier d'exceptionnels, même si l'exception se répète. L'exceptionnel c'est une qualité, ce n'est pas parce qu'on va hospitaliser dans la journée cinq personnes sous contrainte que ce n'est pas exceptionnel. Ça doit rester exceptionnel, ce qui veut dire que les limites de ce que nous pouvons faire sont en faillite.

Claire Gekière me montrait hier des gens qui avaient été hospitalisés et qui étaient passés par des appartements thérapeutiques. Comme ils s'en sortent ! On se le disait ensemble : il faut avoir vu le résultat pour croire que c'est possible quand on les voit avant. Quand vous les voyez avant ces gens là, vous vous dites que jamais ils ne sortiront de l'hôpital psychiatrique, c'est impossible. Des gens hospitalisés depuis des années, vingt ans parfois, on commence par leur donner la clé, parce qu'ils ne veulent pas aller dans l'appartement qu'on leur a acheté. Il y avait un patient, on lui a donné la clé et on lui a mis une boîte aux lettres. Il a mis un an ! Il n'est jamais monté dans l'appartement pendant ce temps ! Il allait prendre son courrier mais n'allait pas dans l'appartement. Un an plus tard, il était dans l'appartement et après il a été transformé parce qu'il y avait des réseaux associatifs, des clubs thérapeutiques, comme on disait qui fonctionnaient. Si on arrivait non pas à dire : « Pour cette personne, il faut qu'il y ait des interventions précises de telle catégorie, de tel groupe, etc. » mais si on disait : « Vous savez, là-bas, il y a des gens assis sur un banc qui causent », « il y a des gens qui accueillent des femmes », « à tel autre endroit on peut faire ceci », « votre escalier là, il est très beau mais j'en connais un encore plus large ! » Vous voyez ? C'est tout à fait différent !

Je le dis comme exemple, je ne dis pas que ça peut marcher dans le concret mais c'est tout à fait différent dans ce que l'on mobilise pour

s'occuper des gens. Au lieu de dire : « Vous êtes là, c'est un défaut, on ne sait pas comment faire, on met telle équipe », je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire, des fois il faut le faire, mais il faut toujours penser avant à : « Oui, c'est vrai mais moi, je connais un escalier encore plus beau » ou « Avez-vous déjà dormi dans un ascenseur ? ».

Je veux dire par là qu'on peut discuter avec les gens non pas du sujet qu'ils nous posent et qui est : « Je sais que vous voulez m'enlever de l'escalier ». Au lieu de ça, on y va et on dit : « Bel escalier ! Magnifique ! Combien de marches ! Connaissez-vous un autre escalier à la ville qui serait aussi bien et qui pourrait vous accueillir ? », Et on se lève et on sort, ça ne marche pas toujours mais croyez moi, parfois ça marche un peu comme ça. Si on a le réflexe immédiat du spécialiste, méfiez-vous, plus vous en demanderez au spécialiste et plus vous en aurez, et puis les spécialistes ils sont de plus en plus spécialistes c'est-à-dire qu'à la fin, ils sont tellement spécialistes qu'ils sont même avant le gène parce que - je vais vous dire - les voitures vont brûler : ils vont trouver le gène de la banlieue ! Et puis il n'y a pas de raisons qu'ils ne le trouvent pas !

Je ne dis pas qu'il ne faut pas faire de la recherche fondamentale, c'est très important, mais tout le monde sait qu'il y a des enfants trisomiques qui sont autistes et qu'il y en a d'autres qui ne le sont pas. Je veux dire que ce n'est pas si simple que ça, entre le gène et l'arrivée il y a des choses très complexes, je ne dis pas qu'il n'y a pas des facteurs... bien sûr qu'il y en a mais il ne faut pas tout mélanger ! Les spécialistes eux, ils savent que tel bouchon bleu ne va que sur telle bouteille là et ils la mettent. Et si on leur dit : « mais cette bouteille là, elle est vide ! », ils vont nous répondre : « ça ne fait rien, on met le bouchon bleu ! ». Alors nous devons nous méfier d'être nous-même des hyper spécialistes. Nous sommes tous des spécialisés de notre généralité. C'est ce que disait un poète, René Char, il disait : « Cultivez vos légitimes étrangetés ». C'est quand même beau ! Il faut être poète pour dire ça !

Monsieur Marcel CONSTANTIN

Je suis cadre de santé à Bourgoin-Jallieu, je vous avoue que j'ai été complètement séduit par ce que vous avez dit parce que je retrouve complètement l'idée que je me fait du travail notamment de la psychiatrie, mais la question que je me pose fondamentalement c'est :

pourquoi cette pensée ne pèse pas plus actuellement sur l'élaboration des stratégies sanitaires notamment ?

On a évoqué à plusieurs reprises le Plan de Santé Mentale, on n'est quand même pas trop dans ce que vous avez évoqué alors que moi de manière très évidente, les pistes que vous évoquez, cette manière de faire prévaloir le sens, la pensée, là où actuellement on ne met que de l'action. Nous sommes dans des systèmes de pensée qui nous viennent probablement du Nord de l'Amérique, des choses très opératoires, on est toujours dans « analyse, action, évaluation » et on en voit bien les limites et je crois qu'au-delà des énormes points de débat que vous avez ouvert, je crois qu'en même temps vous avez couvert absolument tout le débat préalable.

Je crois qu'il ne faut pas se limiter à la question que posait Camille Mellé tout à l'heure : Quid du Conseil Local de Santé Mentale qui est quand même très jeune, il a deux ans, parce qu'en matière de résultats il semble que ça soit un peu difficile. Je crois que si on arrive un peu à intégrer les pistes de réflexion que vous venez de nous proposer, il y a vraiment matière à asseoir durablement et, de manière sans doute plus efficace, l'action d'un Conseil de Santé Mentale à l'échelon d'une ville plus que de se focaliser.

Je vais dire deux mots et après je vous laisse répondre bien évidemment : Je suis étonné par la manière dont les interlocuteurs, actuellement, enfin tous les gens concernés par cette histoire des gens précarisés ou autres, enfourchent - alors c'est presque un jeu de mots depuis que je sais que les gens ont un vélo à Grenoble - enfourchent le projet des équipes mobiles. Comme si tout d'un coup on venait de trouver : « Tiens, peut-être que la solution est là ».

Moi, j'ai l'impression depuis pas mal d'années, depuis le temps où les politiques de santé sont ce qu'elles sont, qu'en permanence on poursuit des objectifs qui se dérobent parce qu'ils sont opératoires. Ils ne prennent pas en compte la pensée initiale qui est vraiment la garantie à long terme que les choses marchent et moi je crois qu'il ne faut pas trop se focaliser effectivement sur ces questions même si c'est compliqué parce qu'à côté de ça il y a des budgets à la clé : on se dit qu'il ne faut peut-être pas laisser passer l'opportunité donc tout ça est très compliqué ; et c'est vrai que c'est assez difficile à notre époque de faire l'apologie de la pensée, c'est ce que vous venez de faire, Monsieur, remarquablement bien et pourtant, moi je pense que la solution elle est là. C'est quand même en se posant la question du

sens des choses qu'on avancera probablement en respectant ce qui est effectivement l'essentiel c'est-à-dire le respect de l'intime. Moi j'ai l'impression, actuellement, que la psychiatrie est l'ultime gardien de l'intime des gens et encore, peut-être pas partout...

Docteur Roger FERRERI

Alors pour répondre vite à votre première question, pourquoi on ne fait pas ça ? Parce que hélas, ou heureusement je ne sais pas, ce ne sont pas les psychiatres qui font la psychiatrie. C'est le monde, c'est l'ambiance. On ne pense pas la psychiatrie pareil à une époque ou un Gaston Bachelard dit, dans un magnifique article qui s'appelle *le surrationalisme* : « Il faut apprendre aux enfants à répondre à la rationalité », il faut apprendre aux enfants des écoles lorsqu'on leur dit que la somme des angles d'un triangle en vaut deux droits, il faut leur apprendre à dire ça dépend.

Ce dont je veux témoigner c'est que quand je travaillais à l'hôpital psychiatrique d'Etampes, tous les services étaient ouverts et les patients ne partaient pas. Ce n'était pas parce qu'on était de meilleurs psychiatres, c'était parce que l'ambiance était différente, totalement différente. Maintenant on est soumis à des critères de peur, de responsabilité, de procès. A l'époque vous m'auriez dit « un patient est parti », je vous aurais dit : « et bien il reviendra ! ». Je n'aurais pas dit : « Oh mon Dieu, je vais être condamné ! ». Maintenant, je dirais : « Ouh la ! ». Enfin, je témoigne pour tout le monde, je veux dire que ça a changé, l'ambiance a changé. Nous sommes dans un système de contrat. Tout est contractualisé maintenant.

Quand vous prenez l'étude de l'INSERM, qu'est-ce qu'ils disent ? Ils font des études « scientifiques » sur les psychothérapies, c'est à mourir de rire, ils disent : « on va définir ce que c'est qu'une psychothérapie ». Ils disent que c'est un contrat alors que ce n'est pas un contrat, une psychothérapie, c'est une rencontre ! Vous voyez quelqu'un et vous lui dites : « Bonjour, comment vous allez, qu'est-ce qui se passe ? » Ce n'est pas un contrat ça ! Dans le mariage, le contrat ne porte pas sur l'amour, il porte sur les biens ! Ils ne se sont même pas rendus compte de ça !

Je ne vous dis pas le reste : ils font des psychothérapies avec des études en double aveugle ! C'est dans le texte ! Qu'est-ce que c'est

qu'une psychothérapie en double aveugle ? Vous essayez de voir si une psychothérapie marche : il y en a un qui fait une psychothérapie, et un autre n'en fait pas. Comment il fait pour ne pas en faire ? Et bien, soit il reste sur liste d'attente, c'est marqué dessus, soit il ne fait pas ce qu'il doit faire. Vous voyez, vous rencontrez quelqu'un, vous lui dites : « Bonjour, on fait une expérience, asseyez-vous, alors on va faire une psychothérapie mais alors aujourd'hui on n'en fait pas parce qu'on fait une étude ». Et c'est une étude scientifique ! Coluche lirait ça, il dirait : « Mais quel est ce génie qui a écrit ce texte ! » Mais tout est comme ça ! Voilà des gens qui disent qu'ils sont scientifiques et qui parlent d'une folie, mais d'un délire qui n'aurait jamais pu passer il y a vingt ans ! Il y a vingt ans, tout le monde se serait écroulé de rire ! Là, maintenant, ça sort dans le journal *Le Monde* : « Etudes des psychothérapies » ; et je me dis : « mais personne ne l'a lu ! ».

Je vais vous faire un aveu que j'ai fait hier à Claire Gékrière : Moi, j'ai dû présenter cette étude devant un groupe de travail. Je l'ai lu, donc j'étais sur Internet et je suis tombé sur la forme réduite de 80 pages, et puis j'ai lu ça et je me disais : « Mais ce n'est pas possible ! Ces études c'est l'homme qui a vu l'ours ! ». Ils font des études où ils étudient les études des autres et puis ils font une psychothérapie en double aveugle. Donc, je me prépare pour présenter et puis, d'un seul coup, j'ai une inquiétude, une angoisse : je me suis dit que j'étais tombé sur un faux texte ! Et je me suis dit : « Je vais avoir l'air d'un imbécile, je vais présenter ça à mes collègues et ils vont me dire : 'Mais tu ne sais pas que c'est un faux texte ! C'est des situationnistes qui l'ont détourné ! ».

Alors je retourne chercher le texte et, en tapant sur Internet, je trouve à ce moment là ce que je ne savais pas, le texte complet qui fait 323 pages que je me suis coltinées : 323 pages et même tabac ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise : ça, vous voyez, c'était impossible il y a vingt ans parce que tout le monde aurait ri !

J'ai des témoignages d'enfants qui ont été hospitalisés dans des C.H.U. parce qu'ils étaient anorexiques à 11 ans et qui y sont restés six mois ! La petite fille rentre à 11 ans, après ces six mois elle part en vacances où elle fait des crises de boulimie, elle grossit, alors elle revient et finalement elle est hospitalisée un an dans le C.H.U. parisien ! Et à 13 ans, on lui dit qu'on s'est trompés : en fait, elle est schizophrène. Vous voyez ? À 13 ans... Je me dis que c'est facile de critiquer ses collègues, mais ils ne sont pas fous génétiquement, on leurs a appris à être fous !

Madame Mylène FRAPPAS

Mairie de Marseille.

Je suis venue ici aujourd'hui pour élargir un petit peu le questionnement qui est le nôtre ; et des deux heures que je viens de passer avec vous je suis très satisfaite parce que la composition de la tribune et les propos que j'ai entendus reflètent largement nos préoccupations et m'apportent - non pas des éléments de réponses - mais contribuent vraiment à la construction de notre réflexion.

Je voudrais interroger Monsieur Ferreri : Dans la somme de questions qui sont les nôtres aujourd'hui, il y a bien sûr tout ce qui a été évoqué autour du Conseil Local de Santé Mentale, le travail avec les professionnels, la question des collaborations, la question des fameuses équipes mobiles.

Nous travaillons sur Marseille depuis plusieurs années auprès des personnes qui font usage de produits stupéfiants avec des équipes mobiles et il y a peut-être des choses à en dire qui sont aussi intéressantes. Et parmi toutes ces questions, il y en a une qui fait obstacle pour nous aujourd'hui : c'est ce que vous avez traduit de ce débat au sein des acteurs de la psychiatrie. C'est un peu comme si la façon dont vous le traduisez fait qu'il y a d'un côté les tenants de la catégorisation, de ceux qui construisent des catégories, qui veulent à tout prix rationaliser, anticiper, etc. et ensuite les tenants de la pensée, de la liberté et de l'intime. On a beaucoup de mal à avancer dans ce débat là et on a beaucoup de mal, entre autres dans la ville de Marseille, à solliciter les professionnels de la psychiatrie parce qu'il nous semble qu'ils nous renvoient sur nos propres questionnements dans ce débat là et dans ces face-à-face alors qu'il me semble qu'il y a des questions qui sont posées, je les ai entendus présents dans la salle, qui sont quand même ce que produit la société qui est la nôtre et à laquelle on participe en termes d'exclusion, de perte pour les individus, de rupture, et d'atteinte à leur état intime, psychique, à leur état de santé au sens large du terme. Et là, dans le comment faire, comment soutenir les professionnels qui sont ceux aujourd'hui de la première ligne - et ils sont nombreux -, soit nous avons des plans extrêmement codifiés, rationalisés, avec des procédures, des réponses apportées, soit nous avons des professionnels avec qui on a peut-être envie de travailler, ceux de la psychiatrie qui s'appuient sur la psychanalyse, qui freinent des deux pieds. Donc comment travailler sur cette question de la souffrance des individus sans être pris dans l'un ou dans l'autre de ces deux camps ?

Docteur Roger FERRERI

Moi qui suis analyste, j'en ai tout autant pour les psychanalystes. Je ne crois pas aux bonnes théories et aux mauvaises théories. Là, je vais être très pragmatique : je crois à ceux qui retroussent les manches et à ceux qui ne les retroussent pas. Qu'il y ait des gens qui retroussent les manches au titre des théories comportementales, qui s'occupent des enfants, qui les écoutent et qui aient besoin d'avoir des théories comportementales pour les approcher, moi je suis tout à fait respectueux de ça. Qu'il y ait des gens qui aient besoin de l'analyse pour s'occuper des autistes, qui retroussent les manches et qui s'en occupent, je suis très respectueux de ça.

Qu'il y ait des gens qui se servent des théories pour dire, qui ne vont pas se déplacer, qui ne vont rien faire... Je crois que le débat est là. Il y a toujours des débats à étages, c'est toujours des mille feuilles si vous voulez. Je crois qu'il y a un débat profond qui est un débat social sur « est-ce que les Hommes sont des êtres comportementaux ? est-ce que toutes les actions sont réglées par des molécules et par des applications de stimulus – réponse ? ». C'est un débat qui laisse croire qu'il pourrait répondre à des problèmes sociaux mais une fois que ce débat est là, il n'empêche que chacun joue sa carte.

Moi je le dis dans les petits cours que je fais : être psychiatre c'est nécessairement l'être contre la psychiatrie. Quand je dis « contre la psychiatrie » ça ne veut pas dire qu'on va la détruire, mais ça veut dire « être contre » au sens de « s'appuyer dessus » et de voir que pour chaque personne, ça ne marche pas tout à fait. Et pour ça, il faut des savoirs, des connaissances, il faut apprendre, il faut lire. Donc, au sujet de la question que vous posez, il faut que les gens disent ce qu'ils sont capables de faire à un moment donné, dans telle situation, et pas ce qu'il faut faire comme proposition de la réponse universelle.

Il est différent de répondre au cas par cas : par exemple, on prend telle personne qui est dans son appartement qui est plein de cochonneries de notre point de vue et qui ne veut pas qu'on intervienne. Je vais vous prendre un autre exemple ; un exemple hors de la folie. Je vais prendre l'exemple de mon fils. Mon fils quand il est rentré en 6^{ème} ou 5^{ème}, il est rentré à la maison et il m'a dit : « C'est extraordinaire : la prof de français nous a dit qu'en ce qui concerne l'orthographe on avait rien à craindre, on sera tous bons à la fin de l'année ! ». Je lui ai dit : « Ah bon ? » et il a dit : « Oui, elle nous l'a promis ! ». Je lui ai dit : « Et bien ça c'est merveilleux alors ! Et

comment elle fait ? » et il a répondu : « Elle nous fera faire des petites dictées de quatre ou cinq lignes presque tous les jours et on aura après quelques minutes pour prendre des documents, discuter à voix basse et faire les corrections ». Et vous savez ce qu'il s'est passé ? A la fin de l'année, il était un génie en orthographe !

Je prends cet exemple là. Maintenant vous prenez une loi cadre et vous dites : « Dans les écoles, en 5^{ème}, tous les professeurs de français doivent faire des dictées de 2 minutes 32 et laisseront 1 minute 27 aux élèves pour, à voix basse, discuter entre eux et regarder les documents ». Et ça ne marcherait pas !

C'est comme là, ils ont fait un truc extraordinaire : ils ont décidé d'enlever tous les feux rouges, tous les signaux, dans une ville en Hollande ! Et bien il n'y a plus aucun accident ! Mais dans dix ans, il y aura des accidents ! Mais c'est normal qu'ils le fassent maintenant parce que c'est un décalage et on a besoin des décalages sans arrêt. Il n'y a pas de réponses globales en fait, c'est ça qui est génial. Dans la pratique, il n'y a pas de réponses globales, il y a des discussions sur ce qu'on veut faire de nous, etc. comme je vous l'ai dit mais, dans la pratique, il n'y a pas de réponses globales.

Qu'est-ce qui fonctionne le mieux quand on travaille ? Moi je suis un être humain simple, je travaille beaucoup mieux si quand je décroche le téléphone je connais la voix de la personne. Je gagne trois jours parce que je sais qui c'est, je sais qui elle est, je sais comment on va pouvoir travailler et je gagne un temps fou. On parle de réseaux mais les réseaux ce sont des réseaux de connaissances alors des fois il vaut mieux boire un pot ensemble plutôt que de faire des réunions où on s'emmerde, franchement. Allons boire un pot ensemble !

Nous ce que nous faisons dans le service : on fait des petites réunions avec des thèmes sur la maternité par exemple et puis les gens viennent et puis après on discute. L'important ce n'est pas ce qu'on dit, on l'espère mais quand on discute, après on se connaît et quand on a un problème on prend le téléphone, on se tutoie : « Tu sais je suis un peu embêté pour ça, est-ce que tu pourrais m'aider ? ». Voilà ; et c'est ça qui fonctionne ! Il faut se décaler des grandes choses pour sans arrêt bousculer notre petit monde par des réseaux de connaissances et de sympathies. Je crois. C'est un peu bête que je vous dise ça parce que c'est vraiment bas de gamme mais ça ne va pas m'empêcher de monter à la tribune et de dire des phrases avec un sujet, un verbe et un complément.

Madame Michèle CORBIN

Pour répondre à la personne de Marseille, c'est vrai qu'on a la chance d'être dans une ville où les gens se connaissent individuellement. Et pour prolonger ce que disait Monsieur Ferreri, c'est extrêmement important que les gens mettent une image à leur interlocuteur au téléphone. Vous vous connaissez entre vous et c'est aussi un des intérêts de ce travail engagé depuis longtemps. La connaissance mutuelle, la confiance sont importantes et puis après, bien sûr qu'il y a des institutions au-dessus mais les liens entre les personnes sont importants. On essaye de le faire à Bourgoin et c'est plus facile parce qu'on est une petite ville qui est très riche en associations et en relations, les professionnels se rencontrent dans la rue et c'est très important ; et là, ils arrivent à évoquer les problèmes sérieux de leurs métiers mais dans un autre registre et dans un autre cadre.

Docteur Roger FERRERI

J'ai un autre exemple d'une collègue qui fait un super travail avec le commissariat parce qu'ils se connaissent et ils respectent énormément leurs positions. Quand le commissariat a un problème, ils viennent, ils se débrouillent, le commissariat respecte la confidentialité et quand eux ils ont un problème parce que par exemple il y a quelqu'un qui ne veut pas sortir, ils les accompagnent et c'est remarquable parce que c'est des gens qui se connaissent.

C'est pas le travail national, entre le service de psychiatrie et le commissariat, c'est le travail entre ces psychiatres là et ces personnes là qui sont commissaires, agents de police, etc. et qui se connaissent très bien. C'est ça qui fonctionne et en plus ils fonctionnent tellement bien qu'ils se connaissent c'est-à-dire qu'ils se respectent, ils ne disent pas : « Toi tu ne fais pas ton boulot ». Ils sont dans la même merde en quelque sorte. « Moi je suis commissaire, voilà ce que je peux faire, comment on peut faire, on peut vous aider, on peut aller jusque là pas plus » et puis voilà, ça fonctionne. Mais c'est difficile à réaliser autrement que par des rencontres. On fait trop de lois en France. Dès qu'il y a un problème on fait une loi, une règle ou un protocole. Ça nous rend fou ! Pour dire bonjour à un autre il va falloir un protocole ! Ca devient un peu fatigant quand même !

**« DES MAUX A LA PAROLE,
QUAND SAGE-FEMME ET PSYCHOLOGUE SE RENCONTRENT »**

Dr Antoine BUQUET

Pédopsychiatre, CMPE, Bourgoin-Jallieu

Je vais commencer par apporter un petit rectificatif à propos du terme de périnatalité puisque nous avons décidé – assez récemment d'ailleurs – dans le service de pédopsychiatrie, de moduler un peu l'appellation de cette activité et nous l'avons baptisée activité de « psychologie périnatale » avec l'idée que la périnatalité c'était un vaste champ qui était loin de nous concerner nous seuls et que dans la dimension qui est celle de notre spécialité, il était important que l'on soit identifiés de ce côté-là : « psychologie périnatale », pas « psychopathologie ».

Périnatalité, avec l'idée qu'il était intéressant de ne pas stigmatiser les interventions de cette équipe *a priori* du côté du pathologique ; d'abord ce n'était absolument pas fondé : Ce n'est pas parce que quelqu'un est dans une situation de difficulté psychologique, voir même de détresse qui peut être tout à fait temporaire, que la situation va basculer nécessairement dans le domaine du pathologique et heureusement. On a donc pensé plus heureux et plus précis de baptiser cette équipe : « équipe de psychologie périnatale ».

Je vais avoir pour tâche d'introduire les présentations : Je suis le médecin chef du service de pédopsychiatrie. Si je ne m'engage que très peu concrètement dans cette activité là en revanche, j'en soutiens de façon très déterminée le bien-fondé, la nécessité et ses moyens.

Alors pourquoi ? Un petit mot en introduction à propos du titre. Je crois que le titre proposé c'était : « Des maux à la parole, quand sage-femme et psychologue se rencontrent ». Alors c'est peut-être Madame Mosnier qui a eu cette idée ? Mais je suis parti de là parce qu'on en avait parlé ensemble quand on s'était réunis et j'ai eu envie de dire que le but profond des rencontres entre professionnels dans ce champ là c'est que l'enfant puisse aller bien. Et ça n'a, a priori, aucun intérêt ou très peu si des professionnels de maternité ou d'autres champs se rencontrent si on n'est pas quand même centrés très profondément sur le développement de l'enfant et sur un travail de prévention.

C'est la première idée, une idée très forte et je vais essayer de l'argumenter un petit peu. Elle s'appuie sur une autre qui est plus théorique et qui est de la nécessité pour la bonne construction de la vie mentale d'un enfant, pour la bonne construction de sa personnalité que cet enfant puisse rencontrer sa mère et réciproquement. Alors vous allez me dire que c'est un postulat qui d'un côté tombe sous le sens et d'un autre peut être parfaitement contestable et contesté et je vais être obligé d'amener là un point théorique, c'est la question de la fonction maternelle au sens de la psychanalyse à laquelle je me rattache. Celle-ci doit être assurée de façon suffisamment satisfaisante pour l'enfant, donc que rencontre il y ait et que la construction d'une aire transitionnelle suffisamment adéquate puisse être faite par l'enfant et par sa mère ou par la ou les personnes qui assurent la fonction maternelle au sens de la psychanalyse.

Pour moi, il y a dans cette activité de psychologie périnatale, un véritable travail de prévention des maladies mentales graves de l'enfant et de l'adulte. Je vais vous expliquer dans quelques instants sur quoi je me fonde pour aller aussi loin mais je vais d'abord commencer par vous dire un mot de l'historique de ce projet de travail. Actuellement nous travaillons en partenariat avec la maternité de l'hôpital général de Bourgoin sur la base d'une convention écrite, qui a été élaborée en commun. C'était relativement compliqué notamment en raison d'aspects juridiques mais on a pu se mettre d'accord finalement et cette convention est signée déjà depuis deux ans maintenant et elle est à l'œuvre très concrètement.

Un petit mot d'histoire : du côté des pédopsychiatres on peut faire un certain nombre de constatations cliniques intéressantes à relever. La première, d'ordre général, c'est qu'il y a à peu près 50% des enfants que nous voyons qui arrivent avec des pathologies graves du développement précoce, qui ont eu ce que j'appelle des naissances problématiques, problématiques du côté médical, avec ou sans grossesse pathologique, avec ou sans accouchement manifestement pathologique ou compliqué mais c'est quand même fréquent. Pour illustrer mon propos, je vais vous donner quatre petites vignettes cliniques qui ont renforcé mon intérêt pour ces questions :

La première est ancienne, c'est une adolescente qui était venue avec sa mère, qui était atteinte d'une psychose infantile grave avec un aspect déficitaire. J'avais reçu cette petite jeune fille, assez longuement sa mère à plusieurs reprises et, dans un moment de deuil très difficile pour cette femme qui – au moment où elle avait perdu son

père qu'elle avait très peu connu - a pu s'ouvrir beaucoup au contact, à l'expression et elle m'avait parlé des circonstances de sa grossesse pour cette enfant là, des circonstances de la naissance de cette enfant, et elle avait eu ces mots très touchants : « Si seulement j'avais pu être aidée de façon adéquate au moment où j'ai mis au monde ma fille, probablement que l'évolution aurait été différente ». Cela avait beaucoup retenu mon attention. Je n'en dirai pas plus.

Une autre histoire : C'était dans la même ville. J'ai rencontré un petit garçon qui avait entre trois et quatre ans quand il était venu me voir en consultation la première fois. C'était le dixième et dernier enfant d'une famille maghrébine. Cette dame était venue avec son petit garçon qui présentait une symptomatologie autistique gravissime : aucun langage, aucune symbolisation, hyper agité, des troubles du sommeil, un regard vide, en balayage, un contact extrêmement difficile, signes du cube brûlant ; enfin pathologie massive psychotique autistique particulièrement grave.

Cette femme avait eu, avant ce petit garçon, neuf enfants. Tous allaient bien, en tout cas, aucun n'était autiste, aucun signe de psychose que ce soit (je m'en étais assuré avec soin). Après, en travaillant avec ce petit enfant et ses parents, notamment avec sa mère, je m'étais vite rendu compte qu'il y avait des circonstances bien particulières pour cet enfant là, dans cette histoire là, avec cette maman là qui avait fait que les choses s'étaient très mal passées et avaient tourné en catastrophe. Là encore, j'en suis sorti avec la conviction que pour cette histoire tout à fait difficile et qui a mal évolué d'ailleurs malheureusement, il aurait été opportun pendant la dixième grossesse de cette femme qu'elle bénéficie d'une écoute et d'une aide adaptée pendant son suivi de grossesse, du côté psychologique.

Troisième histoire, beaucoup plus récente : elle se passe ici ; c'est un petit garçon qui est venu me voir avec sa maman. Il est né dans une des deux maternités de Bourgoin, il y a quatre ans à peu près. Il est venu avec une symptomatologie psychotique grave avec symptômes autistiques tout à fait préoccupants.

C'est moi qui le soigne, je le connais assez bien, je connais bien sa famille, sa mère notamment, son père aussi. J'ai mis en route très vite une psychothérapie mère/enfant, des consultations, après une psychothérapie individuelle. L'évolution est satisfaisante, j'en suis très content, il va remarquablement mieux et je pense qu'il est sorti de sa psychose autistique. Mais, en reprenant l'histoire avec sa maman, qui

est intelligente, compétente, dans la relation et qui réfléchit beaucoup, ça m'est apparu évident que « quel dommage pour cette femme là, pour cet enfant là, qu'elle n'ait pas pu bénéficier d'une écoute et d'une aide appropriée, surtout pour elle, dans le post-partum immédiat ; c'était un accouchement problématique. Elle a résonné intérieurement avec une histoire très particulière qui lui vient de sa propre famille et qui a expliqué pourquoi les choses se sont si mal passées après. C'est maintenant quelque chose qui est élaboré et dont elle est consciente. L'évolution est remarquable.

Ma dernière histoire : c'est un autre petit gamin qui est venu me voir au printemps dernier. C'est le deuxième enfant d'une fratrie de deux, né il y a quatre ans, pas à Bourgoin, dans une autre ville. Ce sont des gens d'un très bon milieu socio-culturel, parfaitement intelligents, sensibles, qui s'expriment bien, qui réfléchissent, bien intégrés socialement. Leur premier gamin va bien. Et ce deuxième enfant est venu me voir avec une symptomatologie psychotique préoccupante, même dispositif ou à peu près ; il évolue très bien mais on m'a fait un récit des circonstances de la naissance de cet enfant, un dimanche matin, dans des conditions affligeantes au niveau de l'accueil, de l'écoute. On ne peut pas, et les parents non plus, ne pas faire le lien entre les malheureuses circonstances de la naissance de cet enfant et la difficulté que cette maman là a eu pour lier un lien satisfaisant avec son petit garçon. Les choses, heureusement, évoluent très bien et je pense qu'il va bien s'en sortir. J'ai moins de recul, donc je reste plus prudent.

Ceci pour aller à l'appui de ce que je disais en préambule, c'est à quel point dans mon esprit il y a vraiment un travail de prévention intéressant et utile à mettre en place au niveau des maternités et du suivi des grossesses.

On a mis en place un dispositif relativement rapidement grâce à un certain contexte. Il y a déjà eu l'existence des journées berjalliennes, je les appelle comme ça, d'échanges, avec la participation de l'AFREE de Montpellier, la municipalité de Bourgoin que je salue au passage et que je remercie très chaleureusement pour son engagement dans ce champ parce que je pense que ça a considérablement facilité les choses, par un travail de sensibilisation, d'apprentissage des connaissances mutuelles des différents partenaires.

On a pu prendre appui sur un contexte qui était facilitant où nous avons pu apprendre quelque chose de l'art des rencontres directes et indirectes dans ce cadre là ; alors que nous complétons pour notre part avec une formation complémentaire à l'AFREE à Montpellier.

Le partenariat se développe bien avec l'Hôpital Général, par contre avec la Clinique Saint Vincent de Paul, pour nous, il reste encore relativement problématique, même si on est intervenu ponctuellement à la demande, soit en direct, soit en indirect. C'est une question qui mérite d'être posée et d'être réfléchie.

Enfin, je suis aussi dans le souci d'essayer d'évaluer, même si ce mot peut choquer parfois, la pertinence de ce dispositif et de son efficacité. J'ai tenu, d'ailleurs, à ce que cela apparaisse dans le libellé de la convention que l'on a passé avec l'Hôpital Général, je pense que des rencontres comme ça, annuelles, entre nous, ne sont pas suffisantes et j'essaie de mesurer un peu l'efficacité de notre action.

Enfin nous faisons au niveau de notre service de pédopsychiatrie publique tout par redéploiement. La constitution d'une équipe de psychologie périnatale est bien inscrite dans le projet de service ; sur le court terme, on n'a absolument aucune budgétisation et je remercie encore la mairie de Bourgoin-Jallieu qui, s'est engagée et participe au financement, Madame Mosnier le sait bien parce que c'est elle qui en bénéficie alors qu'une de nos psychologues faisait ça bénévolement pendant plusieurs mois et sa prestation peut être honorée grâce à l'engagement de la mairie de Bourgoin sur ce champ.

A propos du concept de prévention : « qu'est-ce que faire de la prévention ? » : c'est une attitude ; dans le fond, c'est être prévenant, c'est-à-dire aller vers l'autre de façon adaptée ; et je pense que c'est vraiment une des clés de la question.

Docteur Frédérique JUTTET

Pédopsychiatre, équipe de psychologie-périnatale, Bourgoin-Jallieu

Quand je suis arrivée dans le service de Monsieur Buquet, d'emblée, dans la répartition de mes missions avait été évoquée la possibilité de créer une équipe qui ait comme fonction l'aide aux mamans, aux parents qui attendent un enfant, aux parents qui viennent d'avoir un enfant et aux parents qui, éventuellement, ont perdu un enfant.

J'avais, pour m'aider dans cette mission, une expérience de 10 ans à Lyon où j'avais participé à la création d'une structure de soins ambulatoires pour les parents et les enfants accueillant aussi à la fois des femmes enceintes, des futurs parents, des femmes ayant eu un bébé et des couples présentant des problèmes de stérilité.

Ca m'a beaucoup aidé pour reconstituer une équipe qui – comme le disait Monsieur Buquet - s'est constituée uniquement par redéploiement, c'est-à-dire avec des membres qui se sont portés volontaires pour engager du temps, du temps de leur travail et sur leur temps personnel, pour constituer cette équipe et d'abord réfléchir à ce que l'on allait proposer puisque l'expérience de Lyon n'est pas adaptable de façon opératoire à la structure d'une ville comme Bourgoin-Jallieu, avec son histoire.

Nous avons pu organiser une équipe avec deux médecins pédopsychiatres, deux psychologues, une psychomotricienne et une secrétaire qui, de la même façon, prend du temps sur son poste à temps plein pour, en plus, répondre au téléphone, pour organiser les dossiers, pour venir à la réunion. Il faut saluer cet engagement de chacun des membres de l'équipe avec l'idée que lorsque l'on pourra montrer la pertinence de notre travail, dans l'immédiat et peut-être dans un temps plus à distance avec, on l'espère, la possibilité d'observer moins d'enfants présentant des troubles graves comme Monsieur Buquet vient de les signaler.

On espère obtenir des budgets plus conséquents pour augmenter notre travail car actuellement, nous sommes obligés quand même de nous limiter à un travail autour de l'accouchement donc en anté et en post-natal avec des limites dans l'âge de l'accueil de l'enfant c'est-à-dire que quand on reçoit un appel pour un enfant de quatre ou cinq mois, on essaye de voir quand même si des collègues du côté du C.M.P peuvent en priorité le recevoir parce que ça va être compliqué

pour nous de faire des soins au long terme. Ca serait donc à revoir en fonction des financements dont on pourra bénéficier.

Notre travail s'organise de la façon suivante, d'une part du côté institutionnel, on se réunit pour réfléchir, pour discuter des situations que l'on rencontre ; toutes les situations sont discutées, sont repensées par l'ensemble de l'équipe ; on a aussi un temps de rencontre institutionnelle avec la maternité où je suis présente tous les mardis matins lors d'une réunion que l'on appelle le « staff médical » qui réunit à la fois les obstétriciens et le pédiatre de la maternité. On essaye de plus en plus d'avoir une sage-femme présente également comme représentante de l'équipe ; c'est un moment qui appartient aux obstétriciens : il est question le plus souvent de difficultés d'ordre obstétrical mais c'est aussi l'occasion pour nous de rappeler la part psychique engagée dans le projet de grossesse et la fragilité que peuvent présenter des patients dans cette période-là même si la grossesse se passe bien, d'un point de vue obstétrical. Mais quand du côté obstétrical cela ne se passe pas bien, on peut avoir plusieurs versions :

D'une part il y a une part psychologique importante qui s'est somatisée, c'est un peu une façon de penser les menaces d'accouchement prématuré et entre autres aussi les vomissements gravidiques sévères où on pense qu'il y a quelque chose de l'ordre du psychisme qui vient se incorporiser. D'autre part, on sait que quelqu'un qui va bien psychologiquement et qui présente un trouble obstétrical peut être très vite mis à mal dans son projet et que ça peut être l'occasion aussi de difficultés pour lesquelles on apportera un soutien. Parallèlement, on a également un temps avec les sages-femmes, c'est-à-dire qu'on est présent lors d'une réunion guidée par la sage-femme chef de la maternité qui reçoit les sages-femmes de PMI.

C'est l'occasion de faire le lien entre le secteur, la PMI et l'intérieur de la maternité et parfois de poser la question : peut-on apporter une aide, quelle vigilance on peut apporter autour d'une maman qu'on sait fragile mais qui ne souhaite pas nous rencontrer ou pour laquelle il n'est pas souhaitable que l'on fasse des entretiens ensuite, que peut-on mettre en place autour d'elle pour la contenir, pour l'aider lorsqu'elle va arriver à la maternité.

Autre point de travail institutionnel ; le moment de la relève auxquels participent les psychologues de l'équipe chaque vendredi où se relayent les équipes de maternité, je crois que Thérèse Mosnier va

développer plus particulièrement ce point là. Donc ça, c'est notre partie institutionnelle. Parallèlement, on reçoit des patients soit pendant la grossesse, soit dans le post-partum immédiat donc quand la maman vient d'accoucher à la maternité, soit ensuite en post-partum plus lointain lorsque le bébé, après le retour à la maison, est en difficulté. Globalement, du côté de la population qu'on reçoit, tous les milieux sont représentés depuis les patients présentant d'autres soucis psychosociaux – bien qu'ils soient souvent d'ailleurs étayés par les professionnels de quartier (que ce soit l'assistante sociale, que ce soit la PMI) mais également une population très bien insérée d'un milieu aisé.

Les troubles que l'on perçoit peuvent aller d'une simple anxiété passagère qui est en lien avec une histoire personnelle ou une histoire familiale. Ces personnes dont une maman ou une grand-mère a perdu un bébé, a eu un accouchement traumatique, au moment de cette expérience de la maternité, prennent à corps cette histoire qui ne leur appartient pas.

Donc cela va des troubles assez légers qui apparaissent uniquement lors de ce passage particulier de la maternité jusqu'aux troubles psychiatriques graves que dans ces cas là nous entendons mais qui impliquent un partenariat très précieux avec nos collègues de la psychiatrie adulte. Voilà. Je vais passer la parole à Thérèse Mosnier.

Mme Thérèse MOSNIER

Psychologue, équipe de psychologie-périnatale, Bourgoin-Jallieu

C'est une intervention à deux voix que nous allons vous présenter, Sheila Daramsy et moi-même. Nous avons préparé ce témoignage afin de rendre compte des liens qui se tissent entre nos deux services dans ce travail auprès des mères, des pères et des bébés. Nous sommes partis du postulat que les liens qui se créent entre nous auront un effet contenant pour le bébé et ses parents et qu'ils contribueront à les soutenir dans l'élaboration de leurs fonctions parentales, dans la rencontre avec leur bébé dont parlait le Dr Buquet.

Concrètement, comme le disait Mme Juttet, je participe à la relève, nous sommes deux donc c'est chacun notre tour, chacun tous les quinze jours, et je crois que nous allons d'abord écouter ce que l'équipe de la maternité attendait de notre présence et comment elle vit notre présence à la relève.

Mme Sheila DARAMSY

Sage-femme, maternité Centre Hospitalier Pierre Oudot

En fait, je vais revenir un tout petit peu avant : nos attentes par rapport à la convention avec le CMP. C'est vrai qu'on était démunis quand il y avait une situation difficile ; nous étions aux premières loges et on ne savait pas si c'était grave ou pas grave par rapport à ce que Mme Juttet disait.

Quand il le fallait, quand la situation était grave, on savait qu'on avait recours au psychiatre de garde qui souvent était « surbooké ». Il venait donc voir la patiente mais il n'y avait plus de suivi c'est-à-dire que la patiente repartait chez elle, elle avait eu une consultation pendant le séjour et elle repartait. Alors, très souvent, on lui donnait l'adresse du CMP du secteur mais on ne savait pas si elle était suivie ou pas, elle repartait avec son mal-être sous le bras droit et son petit sous le bras gauche.

Nos attentes étaient vraiment du terrain c'est-à-dire que les patientes qui étaient en maternité et qui avaient eu des accouchements difficiles, qui présentaient des signes qui nous interpellaient, des décès dans la famille, des choses difficile à vivre en fait, ces patientes là, on voulait qu'elles soient prises en charge dans le milieu

hospitalier au moment où elles étaient hospitalisées, et puis qu'il y ait un suivi à l'extérieur. Nos attentes étaient donc vraiment très terre à terre à ce moment là.

L'autre volet qui nous semblait un peu un rêve c'était la prise en charge anténatale. Les patientes sont suivies pendant la grossesse, ensuite il y a une personne qui vient les voir pendant le séjour, et elles ont un suivi par la suite.

Pour répondre un peu à Monsieur Buquet qui se posait la question, je pense que le bilan est déjà très positif, en tout cas pour nous. Ensuite, lors des relèves, le vendredi avec les psychologues, ils nous apprennent en quelque sorte à avoir une écoute active. Avoir une écoute, ça, tout le monde peut l'avoir mais avoir une écoute active, ça s'apprend. Je suis désolée mais à l'école de sages-femmes, on ne nous l'apprend pas. On peut très bien faire face à une hémorragie de la délivrance, faire une réanimation néonatale mais devant une maman qui tout d'un coup fond en larmes et qui commence à parler, on peut écouter, effectivement, mais comment venir en aide, là, sur le moment ? On ne peut pas dire : « Attendez, j'appelle le psychologue ». Les psychologues nous apprennent, nous guident en quelque sorte par rapport à comment faire face et à réajuster nos réactions lors de certaines situations cliniques.

Mme Thérèse MOSNIER

Peut être que pour que les choses deviennent plus concrètes, nous pouvons vous exposer le genre de situations dont nous parlons à la relève. Il y a d'une part les situations qui préoccupent l'équipe, et d'autre part, des situations où l'équipe a été éprouvée par ce qui s'est passé dans le service.

Dans les situations qui préoccupent l'équipe, je vous en donne en vrac quelques unes : Il y a par exemple une situation où quelqu'un dans l'équipe remarque qu'une maman a du mal à démarrer un allaitement qu'elle désire, un bébé qui ne veut pas prendre le sein, une mère qu'on a noté en difficulté au moment du change ou du bain, qui est mal à l'aise avec son bébé dans les soins corporels ; ou bien une patiente qui s'est ouverte à l'équipe de sa situation sociale, conjugale extrêmement difficile et la personne qui l'a entendue ne sait pas trop quoi faire de ce qui lui a été dit ; ou bien une maman qu'on a

surprise en train de pleurer plusieurs fois et qui n'a rien dit à personne et tout le monde se demande ce qui lui arrive.

Ça peut être aussi une maman qui a vécu très douloureusement son accouchement et qui reste, du coup, très souffrante malgré tous les antalgiques qu'on lui donne, elle continue à se plaindre d'une douleur donc de quoi s'agit-il ?

Ça peut être aussi toutes les menaces d'accouchement prématuré où on essaie de comprendre ce qu'il se passe. Il y a des mamans qui disent que tout va très bien et pourtant elles contractent tout le temps, et puis d'autres qui sont extrêmement angoissées. Ça peut être aussi un bébé qui pleure énormément et que sa maman n'arrive pas à apaiser, ou les patientes dont les bébés ont été mutés et qui peuvent être dans une grande détresse.

Chacune de ses situations donnent l'occasion d'une discussion en équipe donc à la relève, il y a les sages femmes, les puéricultrices, les auxiliaires puéricultrices, les agents de service aussi, tout le monde est là et c'est important parce que chacun a rencontré la maman sous un angle différent, donc chacun expose le vécu qu'il a de sa relation avec cette dame, ce qu'elle a pu observer. Du coup, ensemble, on élabore : Qu'est ce qu'on comprend à la situation ? Quelles réponses on va pouvoir apporter à cette maman ? Comment va-t-on pouvoir l'aider ?

Parfois, on décide en équipe qu'il serait judicieux qu'elle soit vue par une des membres de notre équipe, parfois c'est suffisant que quelqu'un se sente confirmé dans la relation qu'il a déjà tissée avec cette personne. C'est vraiment un travail d'élaboration qui se fait dans ce temps là.

Le deuxième type de situation : c'est les situations où l'équipe a été éprouvée par ce qui s'est passé dans le service, des situations difficiles pour tout le monde, comme le décès d'un bébé, comme les accouchements sous X, et puis les patientes qui présentent des troubles psychiatriques importants et qui mettent à mal le service.

Egalement, lorsqu'un accouchement a été difficile et que des membres de l'équipe ont été témoins de la grande souffrance d'une mère, témoins impuissants de cette souffrance là.

C'est souvent des choses qu'il est important de pouvoir reprendre. Là aussi nous prenons le temps d'écouter chacune, de comprendre ce qui a été vécu, et là, chacune peut parler de sa place à elle avec son histoire aussi à elle qui entre en résonance parfois ; et là aussi, ensemble, on élabore quels moyens on peut mettre en place pour aider cette maman, qu'est-ce qui serait le plus judicieux pour aider la maman, le père, enfin pour que ce démarrage dans la vie se passe bien pour le bébé. Alors pour illustrer un peu un des effets de notre rencontre et du travail de la relève, nous avons choisi de vous présenter une vignette clinique assez brève.

Mme Sheila DARAMSY

C'est l'histoire de Madame B., une patiente de 37 ans, une troisième par et, dans ses antécédents, on note une fausse couche en 1994 et une césarienne en 1995. La césarienne était due à une tension déjà un petit peu limite et pour laquelle elle avait déjà été traitée. Mme B. a donc eu une fille. Puis, un accouchement par les voies naturelles en 1995. Cette deuxième grossesse s'était bien déroulée, sa tension avait été surveillée mais elle n'avait pas eu de traitement.

Cette patiente est donc enceinte de sa troisième fille et elle est à terme le 25 Août. Elle est hospitalisée une première fois à 33 semaines et deux jours pour un bilan d'hypertension et elle a déjà un traitement qu'on augmente pour juguler cette tension un peu labile. Elle sort quelques jours après, le 1^{er} juillet, puis elle est ré-hospitalisée le 5 juillet toujours parce que sa tension est très labile malgré le traitement. On change donc le traitement, on fait un bilan qui est tout à fait normal et puis le médecin qui la suit la trouve un peu stressée, un peu énervée alors il demande à ce qu'on lui donne du *Tranxène* à trois comprimés par jour.

Je la vois le vendredi 8 juillet et j'en parle à la relève parce que cette patiente a apparemment des poussées hypertensives uniquement au moment où elle est énervée. Elle passe de 12 à 17 très rapidement. Elle est un peu agitée avec le reste du bilan biologique qui est normal donc Madame Mosnier propose de la voir. On est vendredi et ça doit attendre mercredi alors on prend rendez-vous pour le mercredi et la patiente accepte volontiers. Le fait simplement de lui dire qu'elle peut voir la psychologue pour parler d'éventuels problèmes fait qu'elle commence à me dire que, finalement, les périodes où elle s'énerve

c'est dû à des choses bien précises. Et là, elle me raconte que pendant la grossesse elle a perdu son père et que son père habitant à l'étranger, elle était partie le voir quelques temps alors qu'il était très malade et elle est revenue. Deux jours après son retour, il est décédé. C'était très difficile pour elle. Elle culpabilisait beaucoup de ne pas être restée deux jours de plus, elle n'avait pas pu assister aux funérailles, etc.

Je lui propose de lui faire un peu d'acupuncture pour la détendre, elle sort en permission le week-end, le lundi elle revient avec une tension toujours très labile mais par contre là, le bébé montrait des signes de souffrance, manifestation, alors on a été obligés de lui faire une césarienne. Ensuite, elle a été vue le mercredi par Thérèse Mosnier.

Dans les suites, sa tension est quand même restée élevée mais si on avait pu l'écouter avant est-ce que, je ne dis pas que ça aurait influencé son traitement, son hypertension, etc. mais je pense que la tension aurait peut-être été moins labile. C'est une supposition, on ne sait pas puisqu'on ne l'a pas fait avant et parce qu'on ne fait pas d'étude randomisée pour savoir ce qu'on fait avec ou sans psychologue. Elle a ensuite été vue par Thérèse.

Mme Thérèse MOSNIER

Je vois donc Mme B. le surlendemain de son accouchement. Quand je suis arrivée dans le service, l'équipe m'a raconté qu'elle avait eu une césarienne en urgence alors que moi je m'attendais à la voir encore enceinte. Du coup, Sheila Daramsy me parle du décès du père de la patiente et des funérailles auxquelles elle n'a pu assister. J'ai ça en tête quand je rentre dans sa chambre. A ce moment là, son bébé n'est pas là puisqu'on est en train de lui faire un soin et puis l'équipe m'avait prévenue qu'elle était encore sous *Valium* et que donc, elle risquait d'être un peu endormie, ce qui est effectivement le cas mais elle se met à me parler assez facilement.

Je m'attendais donc à ce qu'elle me parle de son père mais en fait, elle se met à me parler de son mariage – moi je n'avais aucun élément sur cette histoire - et je comprends au bout d'un moment que son mariage a eu lieu 10 ans auparavant ; et c'est donc de ça dont elle me parle. Elle me dit que ça a été pour elle une séparation radicale. Elle vivait dans un petit village à l'étranger et elle avait vu

son mari uniquement pour la cérémonie des fiançailles. Son mari habitait en France, il était venu pour cette cérémonie et ensuite elle a rejoint son mari pour le mariage. Son arrivée en France a été difficile puisqu'elle n'avait jamais quitté son village natal. Elle était séparée de ses parents et en plus elle s'attendait à une vraie fête de mariage en France et il n'y en avait pas eu, juste une formalité à la mairie.

Elle me raconte tout cela avec beaucoup d'émotion ; c'était quelque chose qui était très douloureux et qui venait là, à ce moment là. Ensuite, elle me raconte que peu de temps après son mariage, elle a été enceinte, qu'elle a fait une fausse couche puis, à nouveau enceinte et qu'elle a donné naissance à une petite fille mais que pour cette grossesse là elle a eu aussi un problème de tension comme pour cette dernière grossesse. Et c'est là qu'elle fait le lien avec la grossesse actuelle et la naissance qui vient d'avoir lieu et là, elle me dit qu'elle pense qu'il y a effectivement un lien entre cette tension qu'elle a eu, qu'elle a et le décès de son père. Elle me raconte ce qu'elle avait déjà dit à Sheila sur le décès de son père.

Tout le monde lui avait déconseillé de faire à nouveau le voyage pour les funérailles en lui disant qu'elle risquait de perdre son bébé. Ca avait été très difficile pour elle, elle se sentait très coupable de n'avoir pas pu être présente aux funérailles. Elle me dit qu'elle pense toujours à son père et qu'elle pleure à chaque fois qu'elle y pense. Elle se rend compte que sa tension monte justement quand elle pense à tous ces événements. Pendant l'entretien, une auxiliaire de puériculture lui ramène sa petite fille ; elle la regarde à peine.

A ce moment là, j'ai vraiment l'impression que c'est elle la petite fille, que maintenant qu'elle a pu donner la vie à cette petite fille, c'est elle qui a besoin d'être maternée à son tour et elle a besoin d'être entendue dans le chagrin et la culpabilité qu'elle exprime. Il me semble que son corps, à ce moment là, avec l'hypertension dont elle souffrait, disait la grande tension à laquelle elle était soumise entre ce bébé à naître et son père à enterrer, entre devenir mère et renaître à son tour du fait du décès de son père.

Alors, on peut s'étonner de voir que dans cet entretien elle s'est mise à parler de son mariage qui est un événement déjà ancien mais je pense que justement, la séparation radicale qu'elle avait vécu en début de grossesse avec son père venait en écho avec cette première séparation qu'avait constitué son départ de son village natal et son mariage, et c'est vrai que de ces deux séparations, elle n'avait vécu ni

l'une ni l'autre avec des évènements symbolisants puisque son mariage elle ne l'avait pas vécu comme ce qu'il aurait dû être pour elle et de même pour les funérailles puisqu'elle n'avait pas pu y participer.

Ce qui nous a paru intéressant dans cette situation c'est comment les liens entre nous ont permis à cette femme de commencer à parler. Alors c'est vrai, comme l'a dit Sheila, on peut regretter de s'être parlé si tard. Peut-être que ça aurait eu un effet préventif si l'on avait pu se parler plus tôt. Ce qui nous paraissait important c'était aussi de vous dire quels étaient pour les équipes de la maternité les signes d'alerte pour qu'on intervienne en anténatal.

Mme Sheila DARAMSY

Les situations qui nous interpellent, parce que je pense que ça peut concerner pas mal de public, pour une patiente par exemple qui vient en consultation et pour laquelle on crée un dossier tout simplement en recueillant les antécédents, quand dans les antécédents il y a des dépressions avec traitement, quand il y a des tentatives de suicide, des menaces d'accouchement prématuré, des décès récents dans la famille, une mort fœtale pendant la grossesse, les accouchements difficiles, les vomissements gravidiques, les femmes isolées.

Après, pendant l'examen clinique, on peut aussi voir une femme très angoissée, fragile psychologiquement tout en discutant et puis on a aussi les séances de préparation à la naissance où l'on peut avoir une patiente qui pose beaucoup de questions. Bien évidemment, quand c'est un premier enfant, la patiente va poser beaucoup de questions : ça, ce n'est pas forcément une situation à risques tout de suite mais une patiente qui pose beaucoup de questions, qui répète les mêmes questions et quand ce sont toujours les mêmes questions qui reviennent à chaque séance, ça finit par nous interpellé, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Une patiente aussi – parce que pendant les séances de préparation, on fait de la relaxation sophrologique - donc, une patiente qui n'arrive pas du tout à se détendre, là c'est pareil, on essaye de la voir un petit peu après la séance de préparation pour demander ce qui ne va pas. Et puis ensuite, dans le post-partum, une fois qu'elles ont accouché, les situations qu'on a évoqué tout à l'heure avec les bébés mutés, une maman qui pleure beaucoup, etc.

Madame Fabienne BAUDRU

Je suis très intéressée par ce que vous dites parce que dans nos permanences de l'UNAFAM où l'on reçoit les familles qui ont des proches malades psychiques, on a eu trois cas très difficiles de jeunes femmes qui étaient dans le déni de la maladie, dans l'errance, qui ont eu des grossesses non désirées, des accouchements catastrophiques, et qui après ont vu leur bébé mis en PMI très loin d'elles pour qu'elles ne puissent pas les voir et ça nous a beaucoup interrogé. On s'est dit : « comment peut-on faire ? »

On a eu aussi le cas d'une jeune femme qui était dans le privé, qui était sous perfusion et quand on a vu qu'elle était malade psychique, on l'a débranchée et on l'a envoyée à l'hôpital public donc tout ça, ça nous a beaucoup interrogés et c'est pour ça qu'on avait été intéressés par la thèse de Mme Limousin qui a fait une thèse sur les jeunes femmes schizophrènes avec le frère de Monsieur Ferreri. Tout ça ne se passe pas à Bourgoin mais on est interrogés là-dessus en se disant : « Mais quel suivi ? Comment peut-on faire pour que ça se passe mieux ? ». Parce que pour nous citoyens ordinaires, c'est inadmissible.

Docteur Claire GEKIERE

Il y a quelque chose que j'aimerais que vous précisiez. Vous dites : « on a eu le cas ». Mais l'UNAFAM est une association comme vous l'avez précisé, de familles et de proches de gens ayant des maladies psychiques, c'est-à-dire que vous avez eu les familles des personnes en question ou directement les personnes en question ? Les familles ? Oui, je m'en doutais un peu vu votre association parce qu'il y a effectivement aussi l'aspect de qui porte le problème de qui et depuis quelle place, par rapport à qui intervient, à quel niveau. Donc là, il s'agit des témoignages des proches de jeunes femmes en difficulté dont les proches souffrent par rapport à la façon dont elles mènent leur grossesse par exemple, ça peut être d'autres aspects mais là c'est leur grossesse, c'est bien ça ? D'accord.

Docteur Antoine BUQUET

J'ai envie de répondre si vous le permettez. Le temps qui nous est imparti est tellement court ! J'avais plein de choses à vous dire mais ce n'est pas possible alors... Quand même vous posez deux questions qui sont très importantes, à mon avis.

J'ai personnellement très peu parlé des relations avec les PMI, je le regrette, par manque de temps. Mais au niveau du service de pédopsychiatrie nous avons quand même un partenariat tout à fait concret parce qu'il y a du temps qui est dégagé au titre de la prévention avec, c'est en général des psychomotriciennes qui le font mais pas que, une présence auprès des PMI, des rencontres avec les familles et les gamins, le personnel des PMI, etc. Il y a donc des liens tout à fait concrets.

Par contre, pour le moment, à tort ou à raison, nous ne faisons pas de consultations conjointes avec les personnels de PMI – enfin au niveau des médecins à ma connaissance – mais, ceci dit, c'est une bonne question. On peut se parler, on s'écrit, on se téléphone, j'ai même reçu une fois un collègue qui est médecin pédiatre en PMI puisqu'elle voulait discuter avec moi. Ceci dit, les liens avec les PMI n'ont pas été conventionnés, mis à part les détachements de personnel qui représentent, je n'ai plus les chiffres. Mais c'est une vraie question que l'articulation des différents partenaires avec les PMI et elle demanderait beaucoup de développements.

Il y a un deuxième point sur lequel vous me donnez très envie d'intervenir, c'est la question des personnes qui ont une maladie mentale tout à fait patente, évidente pour leurs interlocuteurs et qui se retrouvent dans un milieu hospitalier, ça peut être une maternité ou un autre service. Parlons des maternités c'est-à-dire des consultations, des suivis de grossesse des maternités ; l'expérience de l'équipe de Montpellier est remarquablement enrichissante et j'en ai pour ma part tiré un enseignement c'est-à-dire que j'avais déjà pu et que je continue à faire au niveau simplement des consultations. Il y a des gens qui arrivent avec une réputation de maladie mentale grave, mais que l'on reçoit au titre de leur parentalité, c'est-à-dire qu'on les reçoit en tant que père, en tant que mère, ou pour leur enfant.

On peut obtenir indirectement un effet absolument remarquable sur leur santé mentale, ça je tiens à le dire et c'est tout à fait intéressant de discriminer le niveau c'est-à-dire que chacun a son histoire mais

les gens peuvent tout à fait avoir des troubles mentaux et avoir des enfants et c'est intéressant de les aborder uniquement du côté de leur parentalité. L'équipe de Montpellier nous a présenté un certain nombre d'histoires remarquables avec des personnes en grande vulnérabilité, des jeunes mères avec des histoires pas possibles. On avait l'impression que c'était de véritables bombes, que si elles arrivaient avec leur histoire dite comme ça dans un service de maternité elles allaient casser la baraque et ça allait très mal se passer. Il y a tout un travail pour le coup de prévention dans les modalités d'accueil de personnes en grandes difficultés qui vont avoir un enfant qui est intéressant et qui s'avère remarquablement efficace pour que les choses se passent bien et qui indirectement apporte souvent une aide par rapport à la santé des personnes.

Madame Thérèse MOSNIER

Je voudrais, en complément, dire qu'au fil de notre expérience, il nous apparaît quand même important d'être en lien avec la psychiatrie adulte dans les situations où des mères sont en grande fragilité c'est-à-dire que nous allons effectivement nous occuper de leur parentalité mais nous comptons aussi sur la psychiatrie adulte pour le reste de leur santé mentale.

Madame Sheila DARAMSY

On essaye de réfléchir actuellement à quelques situations compliquées qu'on a reçu, de patients présentant des troubles psychiatriques mais qui viennent d'abord nous voir parce que c'est plus facile. Ils avaient été en rupture avec la structure de soins pour lesquels on essayait à la fois de les recevoir et à la fois de prendre contact avec nos collègues et puis d'autre part, quand on sait que quelqu'un présente des troubles psychiatriques avérés, comment peut-on articuler cette prise en charge en psychiatrie adulte et puis à la maternité ? Parce qu'on sait que dans les maternités, l'étiquette « problèmes psychiatriques » entraînent des effets d'angoisse sur des équipes qui n'aident pas les patients à se sentir mieux.

On est donc dans ce mouvement actuel de travail avec nos collègues de différentes institutions pour faire en sorte que la patiente présentant des troubles psychiatriques puisse être accueillie dans les

meilleures conditions possibles, d'une part parce que les collègues psychiatres sont présents et sont garants de la présence du patient dans la maternité et d'autre part, que du côté des équipes de maternité il puisse y avoir un accueil du patient comme un sujet d'abord et non pas d'abord comme un patient psychiatrique.

Docteur Claire GEKIERE

Vous avez présenté un travail tout à fait intéressant et qui est effectivement, je crois que vous avez été plusieurs à le souligner, un travail récent. Je ne parle pas de la périnatalité en général mais de ce qui se fait ici et qui concerne la manière de prendre en compte ces problèmes avant, à la maternité du centre hospitalier. Je crois que ça représente une avancée considérable. Mais alors vu votre intérêt, je crois que ça vaudrait le coup de réfléchir au moyens de faire un temps de rencontre ou de colloque aussi autour de ce type de problématique parce que c'est très désagréable de devoir vous interrompre pour que les autres puissent aussi s'exprimer. Je lance donc la balle.

Madame Sheila DARAMSY

Il peut y avoir d'une part ce projet là, d'autre part si des personnes souhaitent nous rencontrer pour discuter un peu des modalités de lien les uns avec les autres, notre équipe est tout à fait d'accord pour accueillir sur un temps fixe d'ailleurs, dans la semaine, des professionnels, des équipes qui souhaitent venir nous rencontrer et travailler avec nous ou poser des questions sur les articulations que l'on peut avoir ensemble.

« LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES »

Dr Philippe CROVA

Centre Hospitalier Pierre Oudot

Je suis praticien hospitalier et adjoint au chef de service des urgences à Bourgoin. Rapidement je vais vous donner quelques points de repère sur le service des urgences et comment s'inscrit la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie dans ce service.

Le service des urgences de l'hôpital de Bourgoin-Jallieu est, en nombre de passages, le deuxième service d'Isère après le CHU de Grenoble puisqu'on voit à peu près 30 000 personnes par an. Il comprend trois unités fonctionnelles : le service d'accueil des urgences, une unité d'hospitalisation de courte durée de 12 lits, et un SMUR qui prend en charge 1200 patients par an.

L'unité d'hospitalisation de courte durée reçoit à peu près 2200 patients (chiffres de 2004). 30 000 passages par an, vous imaginez qu'il y a d'énormes flux et qu'actuellement la grosse problématique de notre service est celle de tous les services d'urgence : c'est la gestion des flux. Au milieu des flux de patients, que ce soit des patients âgés, des patients qui n'ont pas forcément des urgences vitales, on a des patients qui relèvent de la psychiatrie. Pour prendre en charge ces patients, notre équipe se compose de 15 médecins qui interviennent sur le SMUR, les urgences, et sur l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Nous travaillons en lien avec nos collègues psychiatres, et à ce titre, nous bénéficions tous les jours sauf le dimanche, du passage d'un psychiatre, le matin. Le champ d'activité est plus spécifiquement l'unité d'hospitalisation de courte durée où on hospitalise très fréquemment des patients qui viennent le plus souvent pour des intoxications médicamenteuses volontaires. Les patients présentant des problèmes de psychose sont plus rares et en général, on a essentiellement des problèmes de type intoxication médicamenteuse, beaucoup de problèmes d'intoxication éthylique bien sûr (avec quelques records en termes d'alcoolémie) et aussi parfois des adolescents.

Je crois que s'il y a un problème actuellement qui est pointé par un peu tout le monde – parce que je pense que même nos confrères psychiatres le pointent autant que nous – c'est la prise en charge des adolescents dans le contexte de la psychiatrie.

On a également depuis deux ans la présence de psychologues qui sont là au titre de la victimologie. J'étais très sceptique initialement – je vais faire mon *mea culpa* en direct – sur la présence de psychologues-victimologues dans le service et j'ai complètement changé d'opinion. Ils apportent un plus indéniable à la prise en charge que ce soit des patients, de leurs familles, voir des personnes qui sont victimes d'accidents de la circulation ou qui ont généré un accident de la circulation. Ils sont très importants dans la prise en charge de certains patients qui sont en détresse, que ce soit morale voire physique et il y a aussi un plus dans l'aide qui peut éventuellement être apportée au personnel.

Ce n'est pas quelque chose qui est très « culturel » dans les services d'urgence que d'aller se confier à un psychologue. Je crois que quand on travaille dans un service d'urgences, *a fortiori* quand on prend en charge des patients en SMUR, il y a des situations qui sont très difficilement gérables et qui méritent d'être discutées a posteriori avec un psychologue. Nos deux psychologues – puisqu'il y en a deux qui se partagent un temps plein – ont complètement réussi à s'intégrer dans le service et c'est vraiment un plus et ça, je crois que c'est vraiment quelque chose qu'il faut souligner.

La psychiatrie dans les services d'urgence répond à une réglementation puisque des textes sont parus notamment certains décrets qui font état normalement de la prise en charge 24h sur 24, ou d'un accès à la prise en charge par un psychiatre. Ce n'est pas complètement le cas actuellement sur Bourgoin mais l'organisation qui a été mise en place avec une structure de type conventionnelle répond partiellement en tout cas aux attentes que l'on peut avoir par rapport à la prise en charge psychiatrique.

On est évidemment victimes, comme nos confrères psychiatres, de la problématique de démographie médicale en psychiatrie puisque ça nous est répercuté en direct : le passage qui se faisait auparavant matin et après-midi au sein de notre établissement a été il y a quelques temps diminué à une matinée tous les jours sauf le dimanche. C'est vrai que c'est moins confortable mais on arrive quand même à gérer la plupart des situations.

Le problème de gestion des flux aux urgences c'est d'identifier et de gérer de façon parallèle une pathologie qui concerne la gériatrie avec un patient psychiatrique à côté d'un agité qui est sous l'emprise de l'alcool...

Actuellement, les locaux dont nous disposons ne sont absolument pas adaptés à cela puisque toutes les pathologies sont mélangées au sein d'un service. Cette situation va bientôt changer puisqu'on va intégrer un nouveau service où il y aura une séparation des flux qui permettra d'accueillir les patients dans un contexte de confidentialité indispensable qu'on ne peut pas offrir actuellement, et dans une certaine tranquillité pour les professionnels ; il y aura une salle dédiée à la prise en charge des patients qui ont besoin d'être isolés et ça nous permettra de gérer des flux qui sont difficilement mélangeables.

Je ne vais pas trop parler de chiffres en termes de passage pour les patients psychiatriques ; il y a environ 150 patients qui sont directement hospitalisés au centre spécialisé du VION via les urgences chaque année. Il y en a à peu près le même nombre, peut-être un peu plus qui sont hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée pour en général une nuit ou 24h et qui sont revus le lendemain par le psychiatre et qui la plupart du temps rentrent chez eux, parfois sont orientés vers une structure adaptée que ce soit l'hôpital public ou une clinique privée.

Qu'est-ce qu'on peut identifier comme problématique ? Comme je le disais tout à l'heure, la grosse problématique c'est pour moi et pour l'avoir vécue, la prise en charge des adolescents, le manque de structures, la difficulté qu'on a à orienter des adolescents. J'ai le souvenir d'une jeune femme qui avait des troubles obsessionnels compulsifs pour laquelle on a mis trois jours, presque quatre jours, à trouver une structure adaptée et qu'on a dû garder dans l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Une unité d'hospitalisation de courte durée n'est faite pour accueillir les gens que 24h. C'est une « soupape de sécurité » qui permet aux services des urgences de mettre en observation un certain nombre de patients, en attendant une place ou pour les faire sortir rapidement. Il faut savoir, que l'hôpital de Bourgoin a le ratio, nombre de passages aux urgences sur nombre de lits d'hospitalisation le plus catastrophique de Rhône-Alpes, c'est-à-dire qu'on n'a pas suffisamment de place pour hospitaliser les gens et que grosso modo

tous les ans on oriente 1500 patients toutes pathologies confondues sur d'autres établissements faute de lits.

N'ayant pas beaucoup de lits d'hospitalisation traditionnels, l'unité d'hospitalisation de courte durée c'est vraiment un maillon indispensable au fonctionnement du service des urgences alors on insiste très fortement vis-à-vis de nos confrères, notamment nos confrères psychiatres, sur le fait qu'on ne peut pas garder par exemple 72 heures quelqu'un en observation dans notre unité d'hospitalisation de courte durée. Ce n'est pas sa vocation. On a besoin d'avoir des lits pour pouvoir hospitaliser notamment la nuit. A partir de 18h en général, à l'hôpital de Bourgoin il n'y a plus aucun lit que ce soit en chirurgie ou en médecine. Les seuls lits qui restent ce sont les lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée. Cette problématique nous impose un « turn over » important et une orientation très rapide des patients.

Il est évident que comme l'année dernière au mois de février-mars, lorsqu'il y a eu l'épidémie de grippe, on a gardé des gens 15 jours dans le service. Cela a complètement désorganisé le fonctionnement du service des urgences ; on avait des gens qui dormaient dans le service des urgences, à deux par box, parfois pendant 48h. On a un nombre de passages important de patients qui relèvent de la psychiatrie à l'UHCD et je crois qu'on est globalement dans les objectifs qu'on peut se fixer en termes de durée d'hospitalisation pour ce qui est de la psychiatrie en tout cas.

L'autre point faible c'est l'absence de psychiatre le dimanche mais on comprend tout à fait que la problématique des effectifs fait que l'on ne peut pas avoir un psychiatre tous les jours. Pour les urgentistes, arriver à définir qui a vraiment une potentialité de passage à l'acte, c'est difficile et on se permet très rarement de poser un diagnostic psychiatrique sur un malade qui est hospitalisé pour une intoxication médicamenteuse par exemple. Ça veut dire qu'on garde le patient 24h de plus en hospitalisation. Quelques autres problématiques, ce sont les admissions de nuit.

Parfois c'est un peu compliqué pour envoyer des gens directement sur l'hôpital spécialisé, ce sont des choses dont on a déjà discuté mais je crois qu'elles s'améliorent petit à petit. Nous, on a aussi des fonctionnements qui peuvent ne pas forcément être parfaits, on en parle assez régulièrement. Je pense qu'on a suffisamment de bonnes relations pour faire avancer les choses.

Un autre point très important, c'est que le service des urgences n'est pas le passage obligé de tous les patients qui nécessitent une hospitalisation en milieu psychiatrique et que quand le patient a déjà été vu par un praticien en ville et qu'on le revoit aux urgences, il attend encore aux urgences, on perd donc du temps alors qu'on est déjà surchargés avec des files d'attente énormes pour des patients qui pourraient en fait être adressés directement.

Voilà, il y a des petits dysfonctionnements qui ne sont pas la majorité, ce n'est pas tous les jours heureusement. Mais je crois que s'il y a vraiment un problème important à régler c'est celui de la prise en charge des adolescents et des grands vieillards aussi. La psychiatrie chez le vieillard n'est pas simple non plus. La problématique de la démence et du problème psychiatrique c'est quelque chose de difficile aussi à différencier. On est assez souvent en difficulté par rapport à ça. Je crois que j'ai terminé et qu'on peut répondre à vos questions dans les 8 minutes qui restent.

ECHANGE AVEC LA SALLE

Docteur Claire GEKIERE

Où l'on voit quand même que chaque pratique module la formalisation des interventions qu'on fait en tribune. Je crois qu'on peut dire ça ! Moi, je ne vous cache pas que j'étais en tant que psychiatre de secteur d'adultes et chef de service du secteur de psychiatrie du coin, très intéressée de savoir comment étaient livrés à l'assemblée générale du Conseil Local de Santé Mentale la réflexion du porte-parole du service des urgences puisqu'on a - je suis tout à fait d'accord et je suis contente que ce soit dit en tribune - de bonnes relations et forcément beaucoup d'occasions de ne pas être d'accord.

Je réfléchissais pendant que Philippe Crova présentait que, par exemple, les histoires de temporalité sont forcément une source de conflits, mais pour moi conflit est un mot extrêmement positif, c'est-à-dire que je suis absolument paniquée quand tout le monde est d'accord parce que je me dis qu'il y a quelque chose qui ne colle pas puisqu'on n'a pas les mêmes points de vue, pas les mêmes boulots, pas

les même missions, on ne s'occupe pas des même choses donc arriver à être complètement d'accord sur un sujet me fait toujours très peur. Et je trouve que ces histoires, alors moi j'appelle ça temporalité, c'est un peu pédant, on peut l'appeler autrement, ce que tu disais par exemple sur les histoires de 72h : on peut pas garder quelqu'un 72h. Un service d'urgences, son objectif c'est de ne pas garder les gens plus de 24h. L'objectif d'un service d'urgences ou de n'importe quel service c'est de soigner des gens mais on a intériorisé des logiques de rendement, de budget et de façon dont les choses doivent tourner pour se conformer à des impératifs imposés qui nous font dire aux uns et aux autres des choses comme ça.

C'est-à-dire qu'un service d'urgences c'est 24h pas plus. Je ne suis pas contre le fait que les gens ne restent pas longtemps mais bien évidemment, par rapport au temps que nécessitent parfois certaines personnes, je ne veux même pas dire « qui ont des problèmes psychiatriques », mais des gens en souffrance psychique, quelqu'un qui fait une tentative de suicide par exemple, si on souhaite qu'elle puisse parler, déjà il faut qu'elle soit réveillée, ce qui n'est pas toujours le cas et qu'éventuellement on puisse reparler avec. Ça ne rentre donc pas forcément dans les 24h pile ou même dans les 48h.

C'est un exemple parmi d'autres sur les choses sur lesquelles on ne peut pas être d'accord et heureusement puisque ce qu'on tâche de faire n'est pas du même ordre. Je voulais juste dire ça. J'ai pas mal de choses à dire sur les budgets mais je vais peut-être garder ça pour plus tard.

Monsieur Gilles BIGALLET

Le problème c'est qu'on a fait de notre UHCD la spécialité en psychiatrie par faute de lits. Je pense que ces malades qui doivent être revus par un psychiatre et suivis, auraient besoin d'une unité spécifique ; et le VION c'est toujours plein, c'est évident parce que c'est saturé aussi et nous, pour essayer d'améliorer la qualité pour les soins de ces personnes là, on les a mis à l'UHCD. Et malheureusement, on est limités à 24, 48h et c'est ce qui vous pose problème à vous effectivement pour pouvoir suivre ces patients.

Docteur Claire GEKIERE

Moi, j'aime bien le bricolage et faire, pour reprendre ce que disait Roger Ferreri ce matin, du cas par cas. Je vois un gros problème, parce que c'est une question de fond, sur une unité qui serait spécifique à la psychiatrie. Alors je ne vous parle même pas des moyens que cela demanderait parce que ce serait indécent d'en parler alors que la politique hospitalière actuellement c'est quand même de sucrer à peu près 10% des budgets à tous les hôpitaux de France et de Navarre.

Mais l'intérêt que tout le monde soit accueilli au service des urgences y compris les gens qui, quand on arrive on ne sait pas ce qu'ils ont (est-ce qu'on va trouver après des absorptions médicamenteuses ? Toutes les absorptions ne sont pas des volontés effrénées de mourir), si on se met à raisonner par filière et à trier les gens, très vite de toute façon ça ne résoudra pas le problème, les lits dédiés à la psychiatrie seront immédiatement pleins, déborderont sur le service des urgences et rebelote, et on aura créé un problème supplémentaire à la place de la solution.

Madame Sophie BELVAL

Je suis chef de service à l'unité d'accueil en urgences au 44 qui accueille des adolescents et adolescentes en difficulté donc dans l'urgence, avec des difficultés évidemment d'ordre psychologique et c'est vrai qu'on est vraiment confrontés aux difficultés de jeunes qui sont en difficulté psychologique et nous on n'a pas de réponses. Alors on se confronte d'autant plus qu'on est une structure qui, pour les services médicaux, devrait répondre en partie aux difficultés des jeunes mais quand ce sont des difficultés d'ordre psychologique, on a très peu de temps des psychologues et quand ça se passe le soir ou sur des temps de week-end, nous n'avons pas de réponses immédiates et c'est parfois compliqué de trouver des solutions.

On a eu à plusieurs reprises affaire à l'hôpital de Bourgoin qui n'a pas de vocation à accueillir ce type de jeunes. Ce qui peut être regrettable c'est que certaines fois, ces jeunes là passent à l'acte dans du délit et qu'ils se retrouvent à être catalogués dans l'ordre de la délinquance alors qu'ils arrivaient chez nous pour de la protection. Je trouve qu'il y

a vraiment un manque au niveau des adolescents. Je rejoins tout à fait les propos qui ont été tenus.

Docteur Philippe CROVA

On est démunis et en plus c'est déstructurant, je dirais pour l'adolescent, pour le patient, et pour l'équipe soignante qui n'a pas les moyens et qui ne sait pas trop comment gérer le patient, comme par exemple la gamine qui avait des T.O.C : personne ne savait comment les gérer, on était bien embêtés, il a fallu vider la chambre c'est-à-dire qu'on a enlevé un autre lit -je vous explique les problèmes de place- on a libéré une chambre pour qu'elle soit seule parce qu'on arrivait pas à gérer. Il faut bloquer les fenêtres, on a des problèmes de personnel, c'est ingérable ; quand ça dure trois jours ou quatre jours c'est un gros problème.

Docteur Antoine BUQUET

Je suis très sensible à vos propos, ce d'autant plus qu'au niveau de la file active globale annuelle du service de pédopsychiatrie, on a une proportion considérable d'adolescents, de 16 à 18 ans, qui viennent consulter. Entre 16 et 18 parce qu'au-delà de 16 ans, on n'a pas l'obligation de les recevoir ; on leur donne le choix entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, ils se positionnent comme ils veulent. On a une grosse proportion, de fait, de jeunes entre 16 et 18 ans au niveau de tous les centres médico-psychologiques et infanto-juvéniles : ça dépasse les 30%.

Je pense que nous, pédopsychiatres, par rapport à l'articulation avec la psychiatrie adulte, il y a deux champs spécifiques pour lesquels on doit absolument s'articuler : c'est la périnatalité d'un côté et la psychopathologie de l'adolescent de l'autre.

Au niveau du projet de service, je demande des moyens pour avoir un minimum de soins institutionnels pour des adolescents, c'est-à-dire CATT pour adolescents, appartements thérapeutiques de soins séquentiels pour des adolescents et puis à terme, quand le médipôle sera construit, un minimum de lits d'hospitalisation spécifiques pour des adolescents en situation psychopathologique grave. C'est une priorité du projet de service de pédopsychiatrie.

Ceci dit, avec le ridicule dramatique des moyens dont on dispose, il m'est arrivé plusieurs fois que des adolescents sortent de mon bureau aux urgences, avec un coup de téléphone et avec une lettre ; mais je ne pouvais pas faire autrement. On a une telle carence des moyens d'hospitalisation que sur notre propre territoire de santé, je n'arrive pas, et mes collègues non plus, à faire hospitaliser des gamins sur les services lyonnais. Il y en a qui se retrouvent au CP du VION, d'autres qui vont se faire hospitaliser à Paris, d'autres en Suisse.

Je suis complètement d'accord avec vous, c'est un problème tout à fait important et ce d'autant plus qu'on peut récupérer assez vite des adolescents qui ne vont pas bien du tout pour peu qu'on ait le dispositif de soins adaptés.

C'est tragique de voir des gamins qui vont basculer dans les circuits de délinquance, PJJ, etc. et d'autres qui vont évoluer vers des maladies mentales graves. Nous savons bien que la plupart des maladies mentales de l'adulte prennent leur forme symptomatique à l'adolescence et c'est extrêmement regrettable de ne pas pouvoir leur offrir des soins adaptés à leur situation.

Monsieur Gilles BIGALLET

On a beaucoup improvisé à l'hôpital général, à Pierre-Oudot, en matière de psychiatrie et de soins aux Urgences. Je pense qu'en matière d'adolescents, on n'a aucune procédure spécifique ; on n'a rien, on n'a pas d'infirmier psy non plus. J'ai une équipe de 40 infirmières et il n'y a pas de gens spécifiquement recrutés dans ce cadre là. Il y a des projets et un travail à faire là-dessus pour médipôle, pour ne pas dire avant.

Madame Dominique MAS

Je voulais reprendre la parole : j'entends quand même la confirmation de ce qu'on pressent quand on est élu, c'est-à-dire le manque de moyens, le manque de lits. En même temps, vous avez dit Madame Gékrière qu'il n'est pas évident que le fait de créer des lits soit toujours la solution, avec l'idée qu'ils seront remplis tout de suite et que le problème se reposera rapidement. Mon autre question est donc : est-

ce que ce n'est pas une des pistes, un axe du travail du Conseil Local de Santé Mental de travailler sur d'autres pistes de solutions dans ces situations et de faire des propositions aux élus.

Apparemment, les politiques savent dire qu'il n'y a pas d'argent, ils ne savent pas proposer autre chose qui serait moins cher ou plus faisable si on ne peut pas inventer des moyens qu'on n'a pas. Est-ce que ce ne serait pas une piste de réflexion pour le Conseil Local de Santé Mentale cette affaire ? Pas de formaliser ce que vous appelez les bricolages mais de travailler un peu ces pistes là pour donner des outils justement aux personnels des services d'Urgences par exemple.

Docteur Philippe CROVA

Je vais répondre en précisant ce que je dis. Je ne parlais pas spécifiquement des problèmes de lit en terme de psychiatrie. Je crois que dans le projet du prochain Hôpital, il y a une UHCD de 20 lits dans laquelle six lits seront plus spécifiquement orientés psychiatrie. On a choisi de ne pas les différencier des autres lits, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de séparation physique ; ils seront co-gérés.

Je parlais plus de la problématique d'un nombre de lits en général et de lits de médecine, de filière d'aval. On était, il n'y a pas très longtemps à l'ARH et le directeur de l'ARH a identifié qu'il manquait 860 lits de médecine en Rhône-Alpes : ce sont des choses connues. La problématique est là ; ce qui fait la difficulté qu'on a à prendre en charge et à hospitaliser nos patients entraîne des pratiques qui ne sont pas complètement satisfaisantes pour nous, pour les patients et leur famille qui ont l'impression qu'on les met rapidement dehors et qui pourraient effectivement, dans certains cas, bénéficier de 24 heures d'hospitalisation de plus. On n'a pas les capacités actuellement de faire ça.

Docteur Claire GEKIERE

Ce qui m'intéresse par rapport au Conseil Local de Santé Mentale, que ce soit à propos de cette question qui se cristallise autour des adolescents par exemple puisque c'est revenu là ce matin, ça se cristallisait autour de : « équipe mobile ou pas équipe mobile », c'est

justement que le Conseil Local de Santé Mentale s'en saisisse parce que, l'intérêt du Conseil Local c'est sa dimension politique, quand je dis politique c'est au sens large, c'est-à-dire le fait que des élus, des professionnels, des bénévoles, mais alors ce matin on disait : « oui mais alors les usagers, est-ce que vous avez... », j'étais un petit peu étonnée de la réponse : « non, les usagers on s'en est pas encore occupés, on s'est occupés des professionnels », alors après, ça dépend de ce qu'on pense de la représentation : qui est-ce qui représente les usagers ? Est-ce que ce sont les élus ? Est-ce que ce sont les associations d'usagers ? Est-ce qu'il y a une professionnalisation des usagers ? Est-ce qu'ils se retrouvent inclus quasiment parmi les professionnels pour discuter ?

Mais les usagers de la santé c'est vous et moi dans cette salle y compris de la psychiatrie surtout que depuis qu'on a inventé et la santé mentale et la souffrance psychique, notre marché s'est énormément agrandi.

J'avais noté tout à l'heure, quand Philippe Crova disait que les psychiatres ne sont pas là le dimanche, être autant désiré, pour le narcissisme ce n'est pas mauvais et en même temps, quel poids ! Et puis qu'est-ce que cela veut dire par rapport aux attentes globales d'une société en matière de gestion des comportements (je vais le dire comme ça) ?

Je suis donc tout à fait pour répondre à une partie de votre question, je suis preneuse du fait que le Conseil Local de Santé Mentale se saisisse de comment répondre à des questions quand un adolescent, par exemple, a des troubles du comportement. Parce que est-ce que la réponse est forcément d'avoir plus facilement accès aux services de soins au sens large, aux services psychologiques ? Est-ce qu'il y a d'autres choses aussi ? Est-ce qu'on occulte pas d'autres champs d'intervention en même temps ?

C'était un exemple ; je prends les adolescents parce que vous en avez parlé mais les personnes âgées c'est pareil. Je dis souvent que le problème des adolescents ou des enfants et des personnes âgées c'est qu'ils ont une famille, c'est-à-dire un entourage, parce que tout le monde depuis ce matin s'est plaint du manque de moyens, quand on dit le manque de moyens c'est aussi le temps qu'on y met puisque le temps c'est de l'argent, donc si vous avez quelqu'un que vous pouvez diagnostiquer, catégoriser individuellement, vous le mettez dans une petite case, vous le traitez au sens très large du terme, ça prend

moins de temps. Quelqu'un ce n'est pas juste une pathologie étiquetée, c'est quelqu'un qui a, par exemple, un logement, des voisins, l'office des HLM qui s'intéresse à lui, si c'est quelqu'un qui a des proches, une famille qui s'inquiète ou alors des structures à qui il a été confié, cela fait plein de monde, et si on veut bien faire les choses, il faut pouvoir recevoir tout le monde, écouter, mettre tout ça ensemble, pas trouver de solution tout de suite parce que souvent il n'y a pas de bonne solution toute faite, donc ça nécessite aussi de se positionner politiquement au sens large sur ces questions là. Parce que suivant les dispositifs qu'on met en place, on ne donne pas les mêmes réponses et on n'engage pas les mêmes destins.

Docteur Antoine BUQUET

Je ne sais pas si tout le monde est au courant mais, en tout cas parmi nous, il doit y avoir un certain nombre de personnes qui le sont, le Conseil Général et la DDASS nous invitent à une prochaine rencontre concernant peut-être une maison des adolescents sur ce qu'on appelle maintenant le pôle berjallien, au niveau de l'Isère si j'ai bien compris, à l'issue d'une réunion où j'étais personnellement mais beaucoup y ont été avec moi. Des partenaires de champs très différents : l'Education Nationale, le Service de Protection de l'Enfance, des travailleurs sociaux, médecins, psychiatres, enfin un tas de gens.

Il y a actuellement trois bassins pour cette questions qui sont définis : un grenoblois, un berjallien et un viennois si j'ai bien saisi. Alors je voudrais savoir au niveau du Conseil Local de Santé Mentale berjallien est-ce que le conseil se saisit de cette question en tant que Conseil ou de façon différente ? Ce serait ma question, c'est-à-dire une maison des adolescents ce serait pour quoi faire, quel en serait le contenu ? Quels en seraient les partenaires ? Et en tant qu'instance, le Conseil Local de Santé Mentale est-ce qu'il s'en saisit et comment ? Voilà, comment il se positionne ?

Monsieur Marcel CONSTANTIN

Il y a une question qui n'a pas été évoquée dans le cadre du service d'urgences pourtant elle me paraît extrêmement importante dans les problèmes notamment de collaboration entre le CS de Bourgoin-

Jallieu et le Centre Psychothérapeutique du VION, c'est la nature - psychiatrique ou pas - des troubles. Les choses ont été évoquées en terme de chiffres comme si c'était facile de catégoriser or, on voit bien dans les services d'entrée du VION comment les choses se passent, qu'un certain nombre de fois des patients nous sont adressés alors que l'on considère qu'ils n'auraient peut-être pas relevé de cette indication là. Inversement, j'imagine qu'à Bourgoin de temps en temps la psychiatrie ou les psychiatres de liaison refusent de voir des gens au motif que ce n'est peut-être pas de cette prise en charge là que la pathologie relève donc c'est une question, il faut le savoir, me semble-t-il, qui est extrêmement déterminante pour la gestion de l'urgence, *a fortiori* l'urgence puisqu'on est aussi dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale.

Il faut quand même savoir que la notion d'urgence c'est ce qui préoccupe le plus unanimement les gens, enfin je veux dire que quand on parle de Santé Mentale ou de psychiatrie, les choses qui reviennent en premier plan des préoccupations et des soucis et des choses à régler c'est quand même des situations d'urgence. Alors après, effectivement, ça se décline, et c'est vrai que c'est souvent les urgences concernant les adolescents qui sont prévalentes mais néanmoins la notion d'urgences au sens large c'est celle qui préoccupe tout le monde. Voilà. Et c'est vrai que la catégorisation de l'urgence au niveau où les gens arrivent c'est un réel problème et souvent l'étiquette psy, est-ce qu'elle est unanimement apposée ? Ce n'est pas évident, et après c'est même un peu plus compliqué que ça, s'il s'avère qu'il y a effectivement une dimension psy et une problématique qui s'exprime aux urgences, est-ce que pour autant elle relève prioritairement du service de psychiatrie publique ou d'autres intervenants ?

Ce sont toutes ces questions là, qui en plus des effectifs extrêmement déficitaires dont chacun peut faire état quelque soit sa place, en plus c'est vrai que toutes ces questions, et là je crois qu'on rejoint complètement l'exposé qui a été fait ce matin sur la nature des choses. La psychiatrie c'est un mot qu'on prononce, ou la santé mentale de manière élargie, c'est un concept auquel on a recours de plus en plus facilement et au point que même on finit par se demander qu'est-ce qu'il y a là-dessous et comment ça peut se décliner en termes personnels de prise en charge.

Monsieur Gilles BIGALLET

C'est ce que disait Philippe Crova, les urgentistes sont démunis devant une détresse psychologique ou psychiatrique et n'ont pas vraiment de diagnostique à poser. Ils ne sont pas formés, il l'a dit, c'est pour ça qu'on déplore un peu le manque d'effectif de médecins psychiatres. On est dans un flou et c'est ce que je disais tout à l'heure, on bricole, c'est ce qu'a dit Mme Gékière, on bricole, on improvise et on rejoint les adolescents, c'est vrai qu'on est démunis, on est même nous aussi en détresse face à des adolescents : « Qu'est-ce qu'on fait ? ». Je pense qu'il y a un travail à faire ensemble là qui est important et on ne peut pas, quand on vous envoie un patient au VION qui n'a pas été vu par un psychiatre, faute de psychiatre, je pense que c'est l'urgentiste qui a posé ce diagnostique sans vraiment savoir.

Docteur Antoine BUQUET

Je voudrais répondre à M. Constantin. Je trouve que c'est une très bonne question. Alors le flou, c'est le contraire du net. Pour ma part, je pense que c'est une question qui provient dans une très large mesure en France, pas qu'en France mais dans des pays développés et de culture proche, de la séparation historique entre, c'est flagrant au niveau de la formation des personnels et des structures hospitalières, entre ce qui est supposé être de la maladie mentale, c'est-à-dire du psychique, et ce qui est supposé être des maladies corporelles ou du corps. Seulement le problème, c'est que dans la réalité de la clinique, et ça tous les médecins le savent, et tous les gens qui s'occupent de la nature humaine le savent, le problème c'est que les êtres humains, ils ont à la fois un corps composé de plusieurs parties et ils ont aussi un esprit, ils ont aussi une histoire et le problème c'est que le flou il est inhérent à la nature humaine. Je dirais plutôt que c'est de la complexité dont il est question. Une maladie somatique grave, un cancer par exemple, ça a des effets psychiques : c'est anxiogène, c'est dépressogène, etc.

Je veux dire qu'on est constamment en interrelation entre la vie mentale et le ressenti psychologique et mental et ce qui se passe dans le corps et réciproquement. Ce n'est pas plus simple quand on est dans un hôpital psychiatrique à la campagne, si vous voyez ce que je veux dire, et qu'on a un malade, certes qui a des troubles

mentaux mais qui en même temps a une pathologie qui vient toucher son corps et qui est grave, ce n'est pas forcément plus simple d'obtenir des soins de qualité pour la maladie dite « corporelle » entre guillemets qui vient le toucher. Mme Gékière le sait sûrement mieux que moi. J'en ai déjà fait l'expérience personnellement. Mais personnellement, là où je fonde beaucoup d'espoir, c'est dans une structure de type médipôle où, quand même, *a priori*, les gens sont plus proches, on a plus de temps pour discuter ensemble et on a beaucoup plus de possibilités concrètes d'échanges. Alors est-ce que ce sont des malades dits psychiatriques ou est-ce que ce sont des malades dits somatiques, la question est idiote. C'est un produit historique des structures de soin dont nous disposons à l'heure actuelle mais c'est forcément les deux !

**« UNE EXPERIENCE DE PREVENTION EN SANTE MENTALE
A LYON : INTERFACE 9^E »**

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

Sociologue, Interface 9^e.

Nous allons essayer comme nos prédécesseurs, de parler ici de notre pratique et de partager avec vous certaines réflexions qu'elle nous inspire. Il s'agit d'une pratique de prévention en Santé Mentale sur un arrondissement de Lyon, le 9^e arrondissement pour être précis. Je repense à ce que disait ce matin le Dr Ferreri quand il parlait d'équipe mobile, un peu comme la construction d'un mythe. Je crois que c'est bien un mythe qu'il nous a été demandé d'incarner au démarrage de cette action en 2000.

C'était un peu là que se trouvait la demande sociale, la commande politique, d'incarner le mythe d'une espèce de machine, d'équipe, qui pourrait venir gérer la souffrance psychique de l'intime sur un quartier d'habitats populaires, notamment la Duchère puisque le 9^e arrondissement c'est la Duchère. Et bien c'est un mythe qu'on nous a demandé d'incarner et c'est un mythe qu'on s'applique depuis 2000 à défaire, casser est peut-être un peu fort, ou à déconstruire.

Pour introduire mon propos, je reviendrai sur le titre de la journée d'aujourd'hui : « la santé en question dans la ville ». Il me semblait que même si les villes n'ont pas de mission propre en matière de santé publique parce qu'en France la santé publique relève de l'Etat, il va de soit que les communes sont des actrices de politique de santé parce que dès lors qu'on touche à l'urbanisation, dès lors qu'on touche à l'habitat, au transports, aux loisirs, on agit sur la santé.

Ca va être de plus en plus vrai avec la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales qui datent de 2004. Il me semble que le lien avec la santé mentale c'est ce qui pose question, c'est ce qui était au centre peut-être des discussions aujourd'hui. Comment on peut relier les questions de la politique de la ville et celle de la santé mentale ?

Je crois que ce qui amène la politique de la ville à croiser celle de la santé mentale, c'est peut-être leur souci commun, c'est en tout cas ce que je propose, leur souci commun pour la place de l'Homme dans son environnement, leur préoccupation commune pour tout ce qui

peut porter atteinte à cet environnement ou le restaurer. Pourquoi ? Parce que les uns comme les autres, acteurs de la politique de la ville, acteurs de la santé mentale, on sait que les soins de l'environnement favorisent le processus de maturation de l'individu. C'est ce lien en tout cas qui s'est noué sur le 9^e arrondissement où nous intervenons puisqu'en 1999, je vais essayer de faire rapidement la genèse de notre équipe. En 99, la ville de Lyon a invité plusieurs institutions à réfléchir aux moyens à mettre en œuvre en matière de prévention en santé mentale sur ce territoire, qui comprend le quartier de la Duchère, quartier d'habitats populaires, zone de redynamisation urbaine comme on dit dans le jargon des politiques de la ville. Quartier qui a acquis une visibilité médiatique en 1997, à l'époque déjà des violences urbaines, quartier qui a souvent été ramené aux images un peu sommaires de la violence généralisée, de l'islamisme radical, de la décomposition sociale et qui – pour nous qui y travaillons quotidiennement - n'est pas que ça. L'image est toute autre, beaucoup plus complexe, beaucoup plus riche.

Et de façon plus nuancée par rapport à ces constats, des études sur le terrain ont été menées et ont souligné deux choses : D'une part, la nécessité de soutenir les professionnels du social sur le quartier lorsqu'ils sont engagés dans des accompagnements difficiles où l'agressivité est très présente, que les personnes accompagnées dirigent cette agressivité vers autrui ou qu'ils la retournent contre eux dans les conduites suicidaires, par exemple.

Et le deuxième point, c'était de la nécessité de développer des liens entre les acteurs sociaux et ceux du soin psychique, tant pour faciliter l'accès aux soins des publics que pour aider à la « réintégration », j'aime pas bien le terme, des patients dans la cité. Partant de là, l'équipe du Contrat Local de Sécurité de la Ville de Lyon a conduit une démarche de concertation entre différentes structures, notamment le centre hospitalier spécialisé de St Cyr-au-Monts-d'Or, donc le service publique de psychiatrie, la DDASS et la mairie d'arrondissement, qui a aboutit à l'élaboration d'un projet associant les deux volets de l'aide aux aidants et de l'accès aux soins psychiques.

En 2000, le dispositif qui s'appelle « Interface 9^e » a vu le jour, une convention triennale qui a été signée entre la ville de Lyon, le CHS de St Cyr-aux-Monts-d'Or et puis l'association REGIS qui nous salarie. Association qui a recruté une équipe pluridisciplinaire : un médecin psychiatre, deux intervenants sociaux et une éducatrice spécialisée.

Je dirai deux mots sur son fonctionnement. Ce matin, on parlait d'équipe mobile, nous on préfère le terme d'équipe nomade. C'est comme ça qu'on se définit sur ce territoire. Une équipe nomade qui se rend, qui n'a pas de local à elle sur le territoire du 9^e mais qui est uniquement invitée, hébergée dans les différentes institutions, dans les différentes structures sociales et sanitaires de l'arrondissement, se rendant disponible aux professionnels qui interviennent dans ces structures en première intention et, beaucoup plus rarement, on se rend disponibles aux usagers de cette structure.

Comment éviter d'être sur un fonctionnement de la patate chaude où chacun se refile la situation ? L'idée de notre intervention c'est de considérer que chacun a la compétence, la légitimité à entendre quelque chose des manifestations de souffrance psychique quelle soit psychopathologique ou quelle ne le soit pas et à les travailler dans le sens d'un accompagnement aux soins quand c'est nécessaire.

On a trois missions principales : celle d'assurer le soutien aux professionnels tout d'abord, celle de faciliter l'accès aux soins psychiques des usagers en second lieu et celle d'organiser et d'animer le travail de réseau. Je vais essayer de reprendre ces trois missions.

Pour faire tout cela, on n'a qu'un temps plein qu'on se partage à trois, donc vous voyez la puissance d'action de cette équipe... Cette équipe qui intervient au sein des services sociaux de secteur, avec les équipes de prévention spécialisée, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, dans les structures de l'insertion professionnelle ou auprès des bailleurs ; on intervient en premier lieu pour assurer le soutien aux professionnels.

Cela veut dire qu'on essaye d'aider les professionnels dans la compréhension des problématiques psychiques, d'aider les professionnels dans l'élaboration de réponses à apporter aux usagers en organisant des temps d'entretiens individuels avec un professionnel, à la demande de celui-ci et, sur ces temps d'entretien, nous intervenons sur le mode d'un binôme médico-social : le médecin et un intervenant social.

Je donne une illustration : Récemment nous avons été sollicités par une assistante sociale du Conseil Général au sujet d'une personne bénéficiaire du RMI que cette professionnelle accompagne depuis plusieurs mois. Cet homme qui paraît assez isolé, s'alimente peu, dit

qu'il est fatigué et qu'il a peu de raisons de vivre. Il inquiète donc l'assistante sociale laquelle est prise dans une contradiction : elle est persuadée qu'il faudrait être très présent auprès de cette personne mais elle sait aussi que le cadre de son intervention ne lui permet pas de travailler dans une telle proximité, le dispositif RMI. De gré à gré, l'AS va investir cet accompagnement, y consacrer du temps mais cela ne fait que renforcer sa gêne. Elle ne sait pas pourquoi elle se mobilise autant, ni ce qu'elle peut travailler avec ce monsieur. Elle culpabilise de n'être pas assez disponible pour ce monsieur mais elle a la conviction que le fait d'y passer plus de temps ne changerait rien. Pour donner une idée du fonctionnement de cette relation, l'assistante sociale culpabilise de ne pas être assez en lien avec cet homme très isolé, elle passe chez lui, il n'y est pas, son inquiétude et son sentiment de culpabilité augmentent et elle pense ne pas aider assez ce monsieur. C'est quelque chose qui s'auto-alimente.

Notre travail sur une situation comme ça, va d'abord consister à éclairer cette relation d'une lumière un petit peu différente en aidant l'assistante sociale à repérer la très forte composante affective de cet accompagnement : en quoi l'attitude de cette personne qui fait vivre aux intervenants sociaux le sentiment qu'ils sont indispensables à sa propre vie, cette personne qui ne se déplace jamais dans les bureaux mais qui arrive toujours à faire venir les professionnels jusqu'à chez lui, bref, en quoi cette attitude dit quelque chose du besoin affectif, de la dépendance de cette personne.

Alors qu'est-ce qu'on fait ? Et bien nous ne faisons pas autre chose que pointer pour et avec le travailleur social la dimension. On va utiliser un terme de la psychanalyse : la dimension transférentielle de toute relation fait de cette assistante sociale la dépositaire du monde psychique de ce monsieur. Un monde psychique probablement organisé autour d'une problématique abandonnique, une projection de ce monde intérieur sur la professionnelle, un mouvement projectif que cette professionnelle ne peut empêcher.

De là, nous essayons de dégager avec elle quelques pistes de travail qui prennent la forme de questions proposées à la personne : est-il possible de parler avec ce monsieur de ce que nous repérons dans l'échange avec l'assistante sociale dans cette relation ? Est-ce qu'il est possible de parler de sa demande d'être sans cesse porté qui occupe tout l'accompagnement ? Ce qu'il montre au dit de souffrance, qu'est-ce qu'il compte en faire ? Faut-il l'aider à en faire quelque chose ? Pense-t-il que c'est à l'assistante sociale de le faire ? Si sa

demande est justement d'être porté, est-il possible de lui demander ce que cela apporterait que l'AS le fasse ? C'est donc une fois que ces questions pourront être abordées, si toutefois cette souffrance est reconnue par cette personne, que quelque chose pourra s'engager peut-être du côté de l'accès aux soins.

Donc, soutenir les professionnels, pour nous, c'est essayer de les amener à prendre en compte, à reprendre conscience que toute relation, mais *a fortiori* toute relation d'aide sociale, comporte cette dimension transférentielle, dimension d'engagement fort et ça, cela nécessite d'être élaboré.

Le deuxième niveau des missions qui nous sont confiées c'est de faciliter l'accès aux soins. Cela passe notamment par ce que l'on appelle nous des consultations de diagnostic et d'orientation. Ces consultations doivent permettre à une personne de cheminer dans l'idée d'un soin au contact d'un professionnel de santé qui est à mes côtés, avec lequel il n'aura pas à s'engager puisque ce n'est pas l'engagement d'une prise en charge thérapeutique.

Donc, d'abord ce contact et ensuite la possibilité pour nous d'assurer un peu la médiation avec les structures de soin et les équipes soignantes. Précision d'importance, c'est que ces consultations sont toujours triangulées. Elles réunissent l'usager dont il est question, le psychiatre d'interface 9^e et le professionnel qui a fait appel à nous. Il ne s'agit pas de consultations dégagées du cadre de l'accompagnement social.

Peut-être que l'on peut préciser un petit peu ce que l'on met sous ces consultations de diagnostic et d'orientation. Pour nous, s'engager dans une démarche de soins psychiques c'est complexe. Sur le terrain de la précarité sociale nous observons qu'une telle démarche qui est souvent suggérée, proposée avec assistance par le travailleur social met assez inéluctablement en mouvement des résistances, des résistances qui sont vives et qui sont difficiles à dénouer. Alors avant de soigner, et surtout pour permettre à quelqu'un de faire sien ce projet de soin, notre idée c'est qu'il faut souvent accompagner les personnes dans leur connaissance d'une souffrance. Et la consultation de diagnostic et d'orientation elle a justement ce rôle. Il s'agit en quelque sorte d'un espace intermédiaire aux soins qui est situé sur les lieux du social, c'est-à-dire un espace où va intervenir un professionnel de santé susceptible d'interroger les difficultés sociales d'une personne dans leurs répercussions sur le plan psychique, un

espace où pourra être entendue et questionnée la souffrance d'un usager et les représentations qu'il a du soin, un espace où le clinicien pourra travailler avec le sujet sur sa ré-appropriation d'un soin et puis aussi un espace d'observation à partir duquel le clinicien pourra évaluer le bon moment pour passer le relais avec un soignant et pour que démarre une véritable prise en charge thérapeutique.

Le dernier niveau de ces missions : c'est d'organiser et d'animer le travail en réseau concernant un usager. L'idée c'est de promouvoir une approche un peu systémique et concertée. Notre idée du réseau ce n'est pas de situer le réseau au même plan, par exemple un Conseil Local de Santé Mentale. Le réseau pour nous, c'est ce qui se crée, c'est un réseau d'aides autour de chaque situation en favorisant la mutualisation des pratiques autour d'un cas particulier et singulier. Concrètement, nous organisons des concertations de réseaux qui ont pour objectif non pas de faire une espèce d'étude de cas mais plutôt de préciser la place de chaque professionnel dans le réseau d'aide qui se construit autour de l'usager.

Un autre exemple : nous avons travaillé sur plusieurs mois avec différents acteurs de l'insertion professionnelle ainsi que du soin psychique, la situation d'un jeune homme d'une vingtaine d'années présentant des signes assez aigus de souffrance psychique : incohérence du discours, difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace, fort sentiment d'être persécuté, des colères suivies d'effondrements en pleurs et au-delà de la perturbation que crée ce comportement, c'est la mission même des chargés d'insertion qui nous ont contactés en premier qui se retrouve questionnée.

Comment amener à l'emploi quelqu'un qui a des attentes aussi irréalistes par rapport au travail, qui se met en arrêt maladie dès qu'il intègre l'emploi qui lui est proposé, qui dit qu'il est fatigué tout le temps ? Les professionnels veulent bien entendre qu'il faut l'orienter aux soins mais dès qu'on lui en parle, il explose en disant qu'il n'est pas fou et rompt le lien. En même temps, il est dans une situation sociale difficile et les professionnels se disent que le faire travailler un peu ou lui trouver un petit boulot, ça lui ferait peut-être du bien financièrement et moralement.

Dans un premier temps, le travail en concertation de réseaux, c'est-à-dire le fait de réunir les professionnels qui sont concernés par la même situation, pas des gens qui comme on l'a dit ce matin n'ont jamais vu la personne en question mais qui ont un lien, qui sont dans

une relation d'aide avec ce jeune. Cette réunion de différents professionnels en lien avec ce jeune va permettre de voir qu'une éducatrice spécialisée est bien investie par ce jeune, que celui-ci a pu évoquer avec elle son passé psychiatrique, une hospitalisation sous contrainte, la mise en place d'un traitement quand il était un peu plus jeune et en conséquence que c'est à partir de ce point du réseau qu'il semble plus pertinent de réaborder la question du soin psychique plutôt que de multiplier les points à partir desquels les choses vont lui être proposées.

C'est plus pertinent dans ce cas de figure de passer par cette éducatrice spécialisée, parce que les acteurs de l'insertion professionnelle interviennent dans un cadre qui est moins adapté à ce que ce jeune homme vienne déposer quelque chose de sa vie psychique.

Et cela permet de préserver les spécificités professionnelles de chacun. Dans un second temps, le travail en concertation de réseaux dont la personne est informée, puisque nous envoyons des comptes-rendus de ces réunions aux usagers, de même qu'aux professionnels qui y participent, donc ce travail en concertation de réseaux va permettre d'ouvrir une nouvelle piste de travail du côté de la COTOREP, puisque l'approche du soin par le biais de la psychiatrie fait trop violence à ce jeune, on travaillera à partir de la notion de handicap, de difficultés dans l'emploi, de difficultés par rapport au travail, puisque la fatigue est un motif qui revient assez souvent et qui apparaît un peu comme une forme de dépression qui lui fait fuir les situations plutôt que de les affronter. Donc, passer par cette voie du handicap, dans l'idée d'aider peut-être ce jeune à relier cette question de la fatigue à la question du soin psychique.

Cette situation va évoluer pendant un temps assez positivement puisque ce jeune homme va pouvoir se mettre en lien avec une association à visée thérapeutique, il va intégrer un CES et l'idée importante sur laquelle je veux insister c'est que ces concertations de réseaux organisent quelque chose comme une « gestion », j'aime pas bien le terme, une « gestion » groupale ou pour reprendre les termes de René Kaës, une sorte d'appareil psychique groupal autour de ce jeune.

Ce groupe, dont le jeune homme sait qu'il se réunit et dont il sait que chacun des membres est attentif à sa situation, fait référence pour lui. En tenant la personne au courant de ces réunions, de leurs tenues,

en lui envoyant un compte-rendu écrit comme à l'ensemble des participants, on fait exister pour ce sujet un groupe qui lui témoigne un souci actif, un groupe qui porte avec lui – et parfois, pour lui – la charge de souffrance de cette situation et la possibilité d'un avenir.

C'est au sein de ce groupe que peut s'élaborer une démarche d'accès aux soins en CMP ; une démarche élaborée de telle sorte qu'elle puisse être entendable par le jeune homme en la liant à des perspectives d'insertion professionnelle. On va travailler notamment petit à petit sur une réorientation, sur un centre thérapeutique de réorientation professionnelle. J'en termine avec cette vignette : Cette pratique, ces trois niveaux d'intervention, appelleraient sans doute encore beaucoup de précisions, beaucoup d'histoires.

J'avais envie de terminer sur deux petits points très rapides : D'abord, pourquoi intervenir en binôme médico-social ? Sur Lyon, il y a d'autres équipes de prévention en santé mentale, d'autres équipes Interface ; elles sont assez exclusivement soignantes. Pour nous, le fait d'intervenir en binôme médico-social, cela renvoie à l'idée que les problèmes de santé mentale ou les problèmes de psychiatrie ne sont pas clivables. Ce dont témoigne cette approche, c'est concrètement de l'importance d'un croisement des regards, des connaissances, des compétences, entre les champs du social et du sanitaire.

Quand l'intervenant social vient échanger en présence du psychiatre avec un autre intervenant social, il est en quelque sorte garant de la dimension nécessairement sociale des problématiques individuelles. Le travailleur social est là pour inscrire quelque chose de la clinique dans un contexte social, dans une réalité. C'est une façon de dire que malgré la souffrance psychique déposée sur le terrain du social, c'est une prise en compte sociale autant qu'une prise en charge médicale que relève tout sujet humain.

C'est une première idée. C'est là un enjeu majeur de notre pratique, je crois. C'est de faire en sorte qu'un professionnel du social accepte à un moment donné de côtoyer la dimension psychique, de se pencher sur la part malade de la personne qui a l'aide.

Pour nous, travailler l'accès aux soins suppose cette écoute du sujet en souffrance. Et quelque chose auquel on tient particulièrement, qu'on martèle, c'est que tant qu'on ne peut pas entendre la question psychique, on ne peut pas parler de soins avec quelqu'un qui va mal. Dans les orientations abruptes, les orientations sèches sur les

dispositifs de soin, même quand on en a marre, même quand on est dans la lassitude, même quand on est dans l'épuisement parfois avec certaines situations, il faut garder sans doute cette idée en tête : c'est que tant qu'on ne peut pas entendre la question psychique on ne peut pas vraiment parler du soin avec quelqu'un qui va mal.

Vous allez me dire que c'est une évidence, peut-être, pour certains d'entre vous ça passera aussi pour la part noble du métier de travailleur social et pourtant, dans la réalité, c'est cette confrontation à la dimension psychique, à l'étrangeté ou à la violence de certaines affections, elle n'est pas simple pour les professionnels du social ; des professionnels qui ne sont pas tous « équipés », qui ne sont pas tous formés et puis même quand ils sont formés, ils ne sont pas tous équipés pour travailler dans ce sens là. Et quoi qu'il en soit, c'est bien cette approche du travail social, de l'accompagnement social que nous défendons dans un contexte qui pour nous est de plus en plus marqué par la technicisation des interventions, la nécessité d'apporter des réponses un peu opératoires aux personnes.

On peut peut-être terminer là-dessus : que ce soit auprès des personnes qui sont souffrantes ou qui sont plus durement marquées par la maladie, l'idée c'est peut-être de garder la conviction que le temps passé à l'écoute, le temps passé au questionnement, n'est pas un temps perdu, même s'il est vide de propositions concrètes, tangibles, de résultats et que pour nous, l'accès aux soins se travaille en deçà des actes de réparation immédiats, il se travaille dans le temps de la relation qui replace, qui est le seul à replacer la personne dans une histoire dont elle est le sujet. C'est comme ça qu'on continue à travailler.

Dr Claire GEKIERE

C'est pas facile à faire de lier, de pouvoir présenter ce qu'on fait concrètement, qui on est et la modélisation qui va avec, tout en pointant bien que ce n'est qu'un modèle, que ce n'est pas la vérité vraie mais que vous, vous avez choisi de travailler comme ça. Vous le décrivez en même temps que vous le défendez.

J'avais juste une petite question : est ce que maintenant que vous avez cinq ans de recul, vous avez un temps moyen où vous pourriez donner, entre le temps où vous établissez une relation et le temps où

vous arrivez, et est-ce que déjà vous arrivez forcément à conduire vers des soins psychiques ?

Dr Nicole ARRIO

Psychiatre, Interface 9^e

On va avoir du mal à répondre en termes de temps moyen. En plus, notre premier objectif, c'est plutôt déjà d'arriver à s'inscrire dans un réseau de partenaires.

Il a déjà fallu beaucoup de temps pour arriver à ce que s'établissent des relations de confiance, des relations tranquilles, pour revenir un peu sur l'intervention du Docteur Ferreri ce matin, pour ne pas être considérés juste comme des experts pouvant venir décoder une situation, apporter des réponses, avoir une intervention magique. Il a fallu un certain temps pour installer ce modus vivendi. En terme de temps, on commence au bout de quatre, cinq ans.

Quand on travaille à l'accès aux soins pour une personne, ce n'est pas possible de faire une typologie dans la mesure où c'est complètement relatif au type même de la situation.

On se trouve souvent face à des situations de jeunes gens qui sont dans un désir très fort d'intégration dans le monde du travail, de réponses sociales normalisées à toutes leurs difficultés et qui sont vraiment en lutte avec toute idée de psychiatrisation et d'entrer dans l'idée d'un soin.

On a pu mettre un an ou deux avec ces personnes à travailler sur la notion du soin en prenant les détours, en amenant petit à petit la question à travers les objets sociaux et pas à travers la notion de souffrance, en utilisant les potentialités plutôt que les difficultés pour arriver à exprimer quelque chose de leurs difficultés.

C'est un travail de longue haleine, il y a des situations qui sont beaucoup plus faciles à travailler ; quand on a de la dépression, quand il y a des choses qui sont de l'ordre d'une souffrance, ce qui est d'emblée exprimé, c'est beaucoup plus rapide et beaucoup plus facile. Donc parler d'un temps moyen, ça n'a de sens que par rapport aux situations rencontrées ; ça peut être très long.

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

Ce qu'on dit souvent, c'est qu'il y a une grosse différence entre le temps social, le temps des mesures sociales, le temps des mesures de l'accompagnement et le temps psychique. Effectivement, il y a des situations sur lesquelles il faut tenir dans la longueur, ce sont plusieurs années, plusieurs rencontres, ce sont des déceptions, des échecs dans l'accès aux soins.

Ce n'est pas toujours évident pour les intervenants sociaux qui se disent que le boulot est quasiment fait quand ils réussissent à permettre à une personne d'accéder à un soin, de rentrer à l'hôpital.

Quand la personne rompt le lien avec les soignants, c'est souvent vécu comme un échec : « Il va falloir repartir à zéro ». Pourtant ce temps psychique n'annule pas les tentatives, les accès aux soins qui ont eu lieu. C'est une histoire qui se jalonne de petits progrès, d'avancées et de régressions qui font la particularité de la matière psychique.

Docteur Nicole ARRIO

Par rapport à la notion du temps, on est de façon consciente dans des actions assez subversives. C'est-à-dire que le temps psychique et le temps des mesures qui sont proposées aux travailleurs sociaux sont en décalage. On essaie de s'inscrire dans quelque chose de l'ordre d'une continuité, d'une permanence, d'un long terme en démarcation des temps qui sont imposés aux travailleurs sociaux. Dans cet objectif on va inciter les travailleurs sociaux sur leur terrain à perdre du temps avec nous et à travailler les situations sur des temps qu'ils ne se reconnaissent pas toujours la légitimité de prendre.

Madame Fabienne BAUDRU

Je voulais juste comprendre le montage de votre équipe. C'est la ville qui paie vos salaires ? Vous travaillez avec les assistantes sociales de la ville ou celles du CMP ?

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

On travaille avec les deux. Et pour le financement, le montage est une convention entre la ville de Lyon, l'hôpital public, l'hôpital psychiatrique de secteur, et une association. C'est l'association qui nous emploie mais notre action est financée uniquement par des fonds publics donc c'est une action de service public. Les associations d'insertion qui nous reçoivent n'ont pas à déboursier pour nous faire venir. Il y a aussi un petit bout de financements de la DDASS et un petit bout de financements du Conseil Général.

Madame Fabienne BAUDRU

Je trouve que c'est un travail très intéressant. En tant que familles, on trouve que c'est bien d'aller chercher les personnes qui ne veulent pas se soigner, qu'on arrive à les remettre dans le soin. C'est vraiment un travail qu'on apprécie beaucoup.

Docteur Nicole ARRIO

C'est vrai que notre action est forcément, en tant qu'interface, dans des allers et retours entre le secteur social et le secteur soignant donc ça nous amène à établir des liens les plus étroits possibles entre les travailleurs du sanitaire et ceux du champ social et à faciliter les liens, à essayer de dynamiser les relations entre les uns et les autres.

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

Par contre, sur l'idée d'amener les gens aux soins, ce n'est pas une idéologie, ce n'est pas à tout prix. Je crois que, on disait souvent cela au début, on se figurait être un peu les « Jiminy Criqueux » des travailleurs sociaux, pour faire passer l'idée qu'il n'y a pas nécessairement, pas dans tous les cas, à amener aux soins.

Il ne s'agit pas d'être jusqu'au-boutiste. On sait bien que l'accès aux soins contraints en urgences, c'est la plus mauvaise manière pour une personne de s'engager dans un soin. Notre idée, l'essentiel de notre travail c'est d'intervenir en amont, de voir comment la dimension du soin, la reconnaissance de la souffrance peut se travailler dans le

temps, réappropriée par une personne. Il ne s'agit pas d'être sur de l'injonction, parce qu'un des risques surtout sur un territoire comme le notre serait de psychiatriser la question sociale de façon abusive.

Docteur Claire GEKIERE

Il me semble qu'il y a dans vos façons de faire telles que vous les exposez quelques garde-fous intéressants. Par exemple, l'idée de penser le réseau comme, c'est une assez vieille idée, une des premières idées du réseau d'ailleurs dans les expériences au Canada ou aux Etats-Unis, c'est-à-dire le réseau de la personne.

C'est vrai que le mot réseau, c'est un mot que, pendant un moment, je me suis mise à détester parce que c'était de la superstructure. Mais quand on reprend l'historique du réseau, le réseau dont vous parlez est très sympathique, enfin si j'ai bien compris c'est le réseau des gens qui s'y collent ou qui sont obligés de s'y coller parce qu'ils se sont retrouvés là dedans. Si on veut faire quelque chose dont on ne sait pas à l'avance sur quoi ça va déboucher, c'est important de garder cette idée là, c'est-à-dire que ce n'est pas prédictible. C'est repérer qui est autour et qui va accepter de discuter de tout ça. Forcément, ça prend du temps. On envoie le compte rendu à tout le monde et on fait connaissance avec des gens qui connaissent les gens...

Par rapport à ce que disait Roger Ferreri ce matin sur l'expertise, enfin la position d'expert, qu'est-ce qu'on dit aux gens de ce que l'on raconte sur eux ? Mine de rien, le fait de savoir si on parle de déontologie ou d'éthique, que ce que vous racontez c'est mis dans un compte rendu et c'est envoyé à tout le monde, y compris à la personne concernée par tant de sollicitude, ça fait partie de ce qui s'appelle dans certains domaines une règle de loyauté et ce n'est pas de la transparence, ce n'est pas du tout la même chose.

Il y a d'autres choses qui se rapporteraient à la même préoccupation mais ça, je trouve que c'est un solide garde-fou en matière de ce que l'on va fabriquer et du coup, de ce que l'on ne peut pas s'autoriser.

Monsieur Marcel CONSTANTIN

J'aimerais que vous donniez votre sentiment sur quelque chose qui me saute aux oreilles depuis quelques heures, c'est le retour assez fréquent du mot temps... Je fais le lien avec l'ensemble de la journée, on est parti un petit peu sur des notions extrêmement opératoires, d'équipe mobiles, etc. et ensuite, on a eu des interventions de gens sur le terrain qui ont énormément évoqué la notion de temps, comme une dimension extrêmement importante, notamment dans les soins psychiques où il faut accorder du temps aux gens.

Mais j'ai noté aussi, le temps qu'on se doit d'accorder aux gens comme le fait l'équipe de périnatalité qui donne du temps psychique d'écoute dans un endroit où traditionnellement ça peut se résumer à une prise en charge médicochirurgicale ou sociale, on vient donner un temps psychique, si besoin est, pour obtenir les résultats évidents qu'on a pu entendre.

Vous, le mot temps, vous l'avez rappelé à plusieurs égards, à la fois le temps que vous vous devez de consacrer aux gens et finalement le peu de temps, alors là on retourne dans les systèmes de notre société qui nous sont impartis, vous avez dit ironiquement : « On a un temps plein qu'on partage à trois ».

Je trouve intéressant que cette espèce de démystification d'une psychiatrie ou d'une prise en charge de la santé mentale qui serait opératoire ait été ramenée à ces dimensions qui sont d'abord l'importance et l'attention qu'on accorde à des gens qui en ont besoin et qui en ont d'autant plus besoin que ça puisse déboucher sur l'urgence parce que ce temps qu'il aurait fallu, on ne l'a pas pris avant. Souvent, on ne l'a pas pris longtemps avant.

J'ai aussi noté ce que disait le Dr Buquet quand il a évoqué des situations qui sont devenues graves parce qu'à un moment donné, le temps qu'il aurait fallu prendre n'a pas été pris pour X raisons qui sont relatives aussi à des moyens, le temps figurant à ce moment là comme un moyen à part entière.

J'aimerais que vous me disiez si vous avez ce sentiment que le temps est une dimension extrêmement importante du travail psychique.

Docteur Nicole ARRIO

En psychiatrie la notion du temps est omniprésente. Il y a le temps qu'on accorde à la relation, le temps de la maladie, de l'évolution, de la guérison, le temps de la relation, il y a aussi l'inscription dans le temps du processus psychique et la lenteur du processus psychique qui impose donc d'être patient, et puis la 3^{ème} dimension, c'est la notion de continuité. On se trouve souvent face à des travailleurs sociaux qui sont dans des temps tout en rupture parce qu'il a des files actives qui poussent et amènent une préoccupation qui pousse celle de devant etc. Cette discontinuité du temps de l'intervention sociale est souvent en écho avec les trajets tout en rupture des personnes qu'ils rencontrent et s'intéresser à la dimension du temps c'est déjà s'intéresser à la dimension psychique dans tout ce à quoi elle fait référence dans la continuité, la permanence, la lenteur.

Monsieur Marcel CONSTANTIN

On entend bien cette dimension du temps qui est fondamentale et il faut quand même savoir que la manière dont est gérée la psychiatrie maintenant va complètement à contresens c'est-à-dire que le temps est compté.

Vous savez qu'on fonctionne sur la base d'actes qui ont des temps moyens considérés, à commencer par la gestion de la psychiatrie, et de la santé en général, telle qu'elle s'élabore depuis quelques années. Elle va à l'encontre de ce qu'est la notion de soins, du regard et de l'attention qu'il faudrait y porter. Donc ça me paraît être quand même des choses extrêmement graves.

Je travaille depuis longtemps à Bourgoin. *A fortiori* au sortir d'une journée comme celle-là, j'ai à la fois l'impression que beaucoup de choses se sont améliorées en termes de partenariat, les gens se connaissent mieux, on travaille mieux ensemble, il y a des objectifs, on est d'avantage centrés sur les gens qu'on suit, ça je crois que ça a énormément évolué, mais en même temps, on est pris dans des dispositifs qui ne nous mettent pas en situation de bien travailler. Ce sentiment d'essayer de faire mieux mais finalement de ne pas être dans la bonne direction crée un sentiment assez inconfortable quand on est travailleur du sanitaire et aussi travailleur du social. Ce vécu de

déception permanente ou d'insatisfaction, c'est ce qui est le plus partagé dans les milieux où on suit des personnes.

Docteur Claire GEKIERE

Je dirais que non seulement on compte nos actes maintenant en psychiatrie publique mais on en profite pour ficher les gens. En cela, la psychiatrie publique n'est pas différente du reste de la société puisqu'on a, à l'heure actuelle, un engouement pour les fichiers divers et variés, que ce soit les services sociaux, l'Education Nationale, etc. La psychiatrie est banale de ce point de vue sauf qu'on a peut-être la particularité de recueillir des données particulièrement sensibles parce que c'est pas la même chose d'être dans un fichier psychiatrique que d'être dans le fichier de Carrefour. Ça peut avoir des significations et des conséquences assez différentes. C'est vrai que cette façon de compter infléchit nos modélisations. Si un acte qui compte c'est un acte de 10 minutes, c'est l'acte des 10 minutes qui compte. Il y a un aller-retour en tant que dispositif interface, ça c'est une sorte d'aller-retour mais qui à la longue est très influençant.

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

Je ne sais pas si ça va restaurer quelque chose de l'ordre d'un espoir mais quand on a démarré en 2000, cette question des dispositifs du temps contraint, du temps resserré des travailleurs sociaux, ça nous était souvent renvoyé et on se rend compte avec le recul que même auprès des professionnels de l'insertion qui sont peut-être plus que d'autres dans ces mesures, avec quasiment des objectifs de résultats à trois mois pour des gens qui travaillent en convention avec l'ANPE, il a fallu lutter pour faire en sorte que notre permanence soit investie, que les gens se sentent légitimes à passer une heure, une heure et demie de leur temps de travail avec nous, venir discuter d'une situation, on se posait des questions, mettre en route la pensée plutôt que d'être sur de la codification ou des actes, c'est pas facile ça non plus vis-à-vis de ses collègues des fois.

C'est pas facile une part de notre travail c'est d'être en lien avec les encadrements, les responsables pour essayer de convaincre de l'utilité de cet « en creux ». Et aujourd'hui, on a des sacrées satisfactions. Je pense encore une fois à ce domaine de l'insertion

professionnelle où des intervenants qui ne sont pas *a priori* familiers de la question du psychisme, de la santé mentale découvrent des choses. Il y a une espèce d'appétence, d'intérêt qui s'éveille pour ces questions, pour le travail sur la dimension psychique et on a des gens qui prennent de plus en plus le temps, il y a une culture qui devient partagée sur un territoire.

Docteur Roger FERRERI

Je trouve votre expérience tout à fait remarquable et elle n'est pas si fréquente que ça, j'ai rarement entendu une façon d'inscrire ce que l'on vous demande de faire tel que vous le faites alors je voulais poser une question parce que vous avez déployé de manière assez précise qu'on pouvait opposer à une culture de l'efficacité, une culture de la pertinence. Je voulais vous demander comment ça a été reçu par les institutions qui font appel à vous, cette façon de travailler ? Comment ça passait ? Comment on comprenait ce compagnonnage avec la souffrance ? Comment cela a-t-il été reçu, de votre expérience, par les autres institutions ?

Docteur Nicole ARRIO

Je crois que dans un premier temps, on nous attendait vraiment dans une position d'expert et on a suscité des frustrations, des mouvements défensifs parce qu'accepter de nous rencontrer ça voulait dire accepter de livrer quelque chose de sa fragilité, de sa difficulté, accepter de prendre du temps, de se mettre au travail, de se laisser bousculer donc ça n'a pas été simple avec beaucoup de structures.

Dans un premier temps on avait eu la naïveté de croire que les gens allaient nous appeler donc on s'était mis à disposition téléphonique et puis on s'est rendu compte que les gens ne nous appelaient pas ce qui était tout à fait normal puisqu'ils ne nous connaissaient pas donc on s'est dit qu'il fallait qu'on se montre. Alors on allait dans les structures sociales et puis on allait boire le café, on allait traîner, on allait papoter un moment, on leur demandait des nouvelles de l'institution associée à ce qui se passait dans le monde, à ce qui se passait chez eux.

Petit à petit, ça a dégelé les relations. On est rentrés dans des relations de personne à personne et puis dans les premiers temps, en buvant le café, les partenaires sociaux commençaient à dire : « ah tiens, oui, c'est vrai, ça me fait penser à telle situation ». Au début, on en parlait entre deux tasses et après on s'est installés... c'est vraiment un petit travail de proche en proche. Je ne dirai pas qu'il n'y a plus de mouvements défensifs, il y en a toujours mais on avance.

Monsieur Jean-Baptiste POMMIER

C'est vrai que ça a fonctionné comme ça. On a essayé aussi du rejet, on fonctionne sur de la libre adhésion d'une certaine manière donc il y a des tas de professionnels du territoire avec lesquels on ne bosse pas parce qu'ils estiment que ce que l'ont fait n'est pas utile. On ne va pas chercher la personne qui est recluse chez elle, on ne prend pas les gens comme des objets donc ça ne répondrait pas à une demande. Alors ça met du temps, effectivement. Accepter qu'on ne réponde pas à certaines demandes. C'est quelque chose qui a mis beaucoup de temps à être intégré par les professionnels.

Ce n'est pas évident non plus à intégrer quand on travaille dans une équipe comme celle-ci et *a fortiori* quand on vient du social ; je pense que le médecin a un autre rapport à ce temps long et lent mais il faut se dire qu'on va passer peut-être des semaines avec une activité qui se relâche, parfois c'est creux, il n'y a rien qui vient.

Madame Dominique MAS

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt tout ce qui s'est dit aujourd'hui et, un peu schématiquement, j'ai l'impression que la psychiatrie vient nous interroger sur la société en général, et qu'on a deux blocs : d'un côté le monde qui avance, le monde économique, le monde performant, le monde qui va bien et qui est « normal » entre guillemets, d'une façon caricaturale, et puis de l'autre la souffrance, la précarité, le chômage, etc. Et au milieu, beaucoup des personnes qui sont là, le Conseil Local de Santé Mentale, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, qui essaient d'être présents, de regarder, d'agir et je me pose la question en tant qu'élue et là j'interpelle encore le Conseil Mental de Santé Mentale sur une autre piste : ne serait-il pas intéressant d'y incorporer, à ce Conseil Local de Santé Mentale,

des agents du système économique « qui va bien » entre guillemets, sur la base du volontariat et dans une idée très utopiste – mais la politique ce n'est pas qu'être opérationnel, c'est aussi rêver un peu - qu'ils viennent voir, pour ceux que ça intéresse, parce que dans le monde économique il n'y a pas que des gens qui cherchent à faire du fric, il y a aussi des êtres humains qui s'intéressent aux autres, au niveau des ANPE, des agences d'intérim, etc. mais qu'ils viennent dans une institution comme ça sur la base du volontariat pour prendre un peu conscience quand ce n'est pas le cas de l'autre monde et des nécessités qu'on a évoquées ici, ce temps qui coûte si cher d'un côté mais dont on a tellement besoin de l'autre. Cela serait peut-être intéressant de rajouter cette dimension pour avancer un petit peu dans la réflexion et que ce groupe qui est à cheval ne se sente pas trop seul à essayer de faire quelque chose entre deux blocs.

Docteur Claire GEKIERE

Comme c'est très intéressant de rester sur des questions, et que nous nous acheminons vers la fin de la journée, je pense qu'on va conclure comme ça. Je voulais remercier bien évidemment la municipalité d'avoir été à l'origine de ce Conseil Local de Santé Mentale et de permettre d'organiser ce genre de journées qui me paraît tout à fait intéressante et qui alimente aussi le fait de continuer à réfléchir et à travailler ; et puis remercier, bien sûr, tous les intervenants de la journée d'être venus rendre compte chacun à leur façon ou de leur pratique ou de porter témoignage ou de nous aider à réfléchir.

INTERVENANTS

- **Alain COTTALORDA**, Vice-président du conseil général de l'Isère et Maire de Bourgoin-Jallieu.
- **Michèle CORBIN**, adjointe au maire, chargée de l'écologie urbaine et de la santé.
- **Camille MELLE**, psychologue, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale.
- **Danielle HULLIER**, OPAC 38.
- **Dr Roger FERRERI**, psychiatre, Hôpital Sud Francilien, Evry.
- **Thérèse MOSNIER**, psychologue, équipe de psychologie périnatale, Bourgoin-Jallieu.
- **Sheila DARAMSY**, sage-femme, Maternité Centre Hospitalier Pierre-Oudot.
- **Dr Antoine BUQUET**, pédopsychiatre, CMPE, Bourgoin-Jallieu.
- **Dr Frédérique JUTTET**, pédopsychiatre, équipe de psychologie périnatale, Bourgoin-Jallieu.
- **Dr Philippe CROVA**, médecin urgentiste, C.H. Pierre-Oudot.
- **Gilles BIGALLET**, cadre infirmier, C.H. Pierre-Oudot.
- **Dr Nicole ARRIO**, psychiatre.
- **Jean-Baptiste POMMIER**, sociologue.

Discutante :

- **Dr Claire GEKIERE**, psychiatre, CMP adultes, Bourgoin-Jallieu.

En 2000, les professionnels et les institutions berjalliennes chargés de la Santé Mentale à Bourgoin-Jallieu ont ressenti la nécessité d'enclencher une réflexion collective, entre social et psychologique, sur la santé mentale et le mal-être.

Ce constat a abouti en 2003 à la création du Conseil Local de Santé Mentale.

Lieux d'échanges et de partages, le Conseil Local de Santé Mentale permet de mieux connaître le rôle de chacun dans son institution et d'appréhender les différents dispositifs existants.

Comment travailler ensemble sans confusion des rôles et des places ?

Comment créer un langage commun ?

Comment apprendre à se faire confiance ?

Comment passer le relais quand il faut ?

Quels sont les intérêts d'un Conseil Local de Santé Mentale ?

Pour une municipalité ? Pour les habitants ?

Pour les professionnels ?

A partir de l'expérience du Conseil Local de Santé Mentale de Bourgoin-Jallieu, nous vous proposons de réfléchir sur d'autres expériences partenariales autour de la santé

CONTACT :

Service Hygiène-Santé-Environnement
14, place Albert-Schweitzer - 38300 Bourgoin-Jallieu
04 74 28 35 05
www.bourgoinjallieu.fr